Voir résumé français à la fin du numéro.

ROCZNIK
PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT XI.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa. ul. Matejki 6. m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.

Sekcji psychjatrycznej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie— IX Zjazdowi Psychjatrów Polskich.

REDAKCJA.

Voir résumé français à la fin du numéro.

ROCZNIK
PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT XI.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa. ul. Matejki 6. m. 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 15 złotych.

OD ADMINISTRACJI „ROCZNIKA PSYCHJATRYCZNEGO".

1. „Rocznik psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu w 2-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych., opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 20 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik psychjatryczny".

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora: Warszawa, Matejki 6, m. 1. Prace są drukowane możliwie z kolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku" nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączać do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa; większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonywane na koszt własny autorów.

OMYŁKI W DRUKU.

Na str.	*w wierszu*	*zamiast*	*winno być*
8	16	„strumienia“	„stłumienia"
14	17	„chypochondryczni“	„hypochondryczni"
18	ostatnim	„geneologiczne“	„genealogiczne“
25	38	„Fürsoge vereing“	„Fürsorgevereine“
27	21	„oligofrenjącą“	„oligofrenją“
27	28	„inteligencjł“	„inteligencji"
27	28	„wykazai"	„wykazał“
—	30	„ociążałych“	„ociężałych"
32	31	„Pavorno ctnrnus"	„pavor nocturnus"
34	31	„żadnejp osadzie“	„żadnej posadzie"
37	15	„parnoika„	„paranoika"
39	24	„schizofrenbercją“	„schizorfrenją“
40	16	„basalna“	„bazalne"
45	39	„psy chopatów“	„psychopatów“
50	2	„jeynie“	„jedynie“
63	.25	„Boitrage"	„Beiträge"
63	39	„Indirituacität“	„Individualität“
64	30	„dei"	„bei“
65	3	„w w"	„w“
65	3	„konfikt“	„konflikt"
65	14	„chrakterze"	„charakterze“
68	9	„osohowości“	„osobowości“
80	38	„kazaistycznych“	„kazuistycznych“
81	17	„krórych“	„których“
82	4	„przypadkw“	„przypadków„
82	23	„dla nerwo"	„dla nerwowo"
84	10	„pyłoby"	„byłoby“
84	40	„kryminaino"	„kryminalno“
88	27	„psychiczno“	„psychiczne“
95	35	„zwiazku“	„związku“
98	15	„nejczęściej“	„najczęściej“
108	35	„slę“	„się“
116	11	„mięski“	„męski“
116	31	„pawiljonach“	„pawilonach“
119	1	„króry"	„który"
119	37	„opieku“	„opieki“
121	21	„znajść“	„zajść“
123	8	„ogrzewananie“	„ogrzewanie“
131	48	„irozpylonej“	„rozpylonej"

PODSTAWY KLASYFIKACJI TYPÓW KLINICZNYCH PSYCHOPATJI USTROJOWEJ.

podał

WŁADYSŁAW STERLING.

Zasadnicze przejawy psychopatji ustrojowej traktowane były do niedawna w psychopatologji niemal wyłącznie pod czysto klinicznym punktem widzenia. Klinika posługiwała się tutaj metodą opisową, doszukując się coprawda ogólnej genezy objawów psychopatycznych, nie troszcząc się wszakże o głębsze motywy psychiczne ukształtowań psychopatycznych a tembardziej o ich wzajemne ustosunkowanie. Temu jednowymiarowemu sposobowi ujmowania przejawów psychopatycznych przeciwstawiła się z jednej strony *szkoła psychoanalityczna*, doszukując się w głębszych i podświadomych warstwach psychiki t. zw. „motywacji neurotycznych" i starając się zbadać strukturę wielowymiarową zjawiska psychopatycznego, z drugiej zaś strony *psychologja indywidualna Alfreda Adlera*, ujmując całkowite zagadnienie zachowania się psychopatycznego pod kątem widzenia jego celowości i ostatecznej finalizacji i opierając się na koncepcji *Williama Sterna*, wykazującej, w jaki sposób rozwija się u jednostki jej własny system celowy wzgl. *autoteliczny* i w jaki sposób jednostka ze swoim systemem autotelicznym wkracza w obce układy *heteroteliczne*. W tej fazie swego rozwoju analiza zjawisk psychopatji ustrojowej przekracza wyraźnie swoje granice kliniczne i staje się swego rodzaju światopoglądem racjonalistycznym, który utrudnia nie tylko próby klasyfikacji, ale i samą definicję zjawisk psychopatycznych. Zagadnienie definicji i klasyfikacji różnorodnych typów psychopatycznych utrudnione jest jeszcze z tego powodu, że klinika, włączając do swego układu nozologicznego psychopatje ustrojowe jako całość równorzędną i równoprawną z innemi grupami psychopatologicznemi, wchłania jednak równocześnie do zakresu swego również rozmaite warjanty osobowości ludzkiej—jako jednostki kliniczne, które z trudnością tylko, jak mówi *Kahn*, dadzą przytwierdzić się

do „klinicznego łoża Prokrusta". Dla tego też, zanim przejdziemy do podstaw klasyfikacyjnych, chciałbym nakreślić *definicję* psychopatji w tych rozmaitych ukształtowaniach, jakie przybierała ona w miarę rozwoju nauki o psychopatjach.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że nawet w sprawie tak zasadniczej, czy stany psychopatyczne stanowią procesy *wrodzone* czy *nabyte* — nie ma dotąd istotnego uzgodnienia. Między innemi *Koch*, któremu zawdzięczamy pierwsze uogólniające ujęcie stanów psychopatycznych, odróżnia postacie *trwałe* i *przemijające*, z których pierwsze dzieli na typy *wrodzone* i *nabyte*. Na analogicznem stanowisku stoi *Ziehen*, który, określając konstytucję psychopatyczną, jako całkowitą zmianę osobowości, nie stanowiącej jeszcze choroby psychicznej, odróżnia stany psychopatyczne nabyte np. toksyczne a nawet *ostre*, nie cofając się przed wyodrębnieniem konstytucji psychopatycznej *pląsawiczej*. Pomimo całej dowolności tego poglądu—tkwi w nim jednak pewne zdrowe jądro, czego dowiodły liczne przypadki nagminnego zapalenia mózgu, spostrzegane w latach ostatnich, po których rozwijały się zmiany psychiczne nieraz bliźniaczo podobne do stanów psychopatycznych i do niedorozwoju moralnego. Również i w wieku późniejszym, zwłaszcza po urazach czaszki, dają spostrzegać się stany, które bez dokładnych wywiadów trudno jest odgraniczyć od psychopatji ustrojowej i w których przypuścić należy, że uraz wyzwala tylko i wydobywa na jaw drzemiące zalążki psychopatyczne. Jednakowoż znaczna większość badaczy uważa psychopatję ustrojową za stan ściśle wrodzony—niezależnie od tego, w jakim okresie życia proces ujawnia się w postaci objawów klinicznych. Wielu z nich przytem posługuje się w swem określeniu szeroko rozpiętym, a w gruncie rzeczy mało sprecyzowanym terminem *zwyrodnienia*, uważając przejawy psychopatyczne za stany *par excellence degeneracyjne*. Taką definicją np. zadawalnia się cała szkoła francuska, od *Morela* i *Magnana* począwszy, poprzez słynne dzieło *Férégo* p. t. „La famille névropathique"—aż po najnowsze publikacje okresu powojennego (*Janet*, *Benon*, *Charpentier* i inni). Tak np. *Moebius* mówi o odziedziczalnych odchyleniach od przeciętnego typu, a *Bumke* o wzrastającem z pokolenia w pokolenie pogorszeniu gatunku. Nawet tak doskonały znawca przedmiotu i tak współcześnie zorjentowany psychjatra, jak *Birnbaum*, kreśląc swój schemat stanów psychopatycznych, twierdzi, że określenie stanów tych, jako „degeneracyjnych" trafia bądź co bądź w sedno rzeczy. Niewątpliwie jednak nie wykracza ono po za naukowy ogólnik i dla tego wydaje mi się słuszne twierdzenie *Kronfelda*, że nie stanowi ono bynajmniej środka

do poznania sprawy, ale raczej jest środkiem mającym na celu zawoalowanie faktów i związków psychologicznych. Mniej więcej analogiczna wartość przypada tym definicjom, które ujmują przejawy psychopatji ustrojowej jako *psychiczne stany pogranicza (Pelman)* lub też jako stany *małowartościowości psychicznej (Koch, Gruhle)*, gdyż pierwsze z nich operują tylko zdawkową terminologją literacką, drugie natomiast bezpodstawnie włączają w czambuł całą dziedzinę psychopatji ustrojowej do wielkiej grupy *oligofrenji*.

Z wręcz odmiennego założenia wychodzi bjologiczno-genetyczna definicja *Kraepelina*, traktująca psychopatję, jako ograniczone zahamowania rozwojowe, jako „ograniczone infantylizmy" w przeciwieństwie do „infantylizmów ogólnych", jako poszczególnych przejawów oligofrenji. Definicja ta zresztą jest równocześnie opisowo-kliniczną, gdyż *Kraepelin* dopełnia ją określeniem „psychopatów, jako przedstopni niedokształconych istotnych chorób psychicznych", rozwijających się wskutek niepomyślnych warunków dziedzicznych, zahamowań i uszkodzeń zarodkowych, których zaburzenia rozgrywają się głównie w dziedzinie woli i życia uczuciowego. W sposób analogiczny, że tak powiem, od strony choroby psychicznej—ujmuje psychologję ustrojową cały szereg psychjatrów współczesnych (*Lieppmann, Willmans, Jaspers* i inni), a *Gaupp* daje stanowisku temu wyraz najjaskrawszy, twierdząc, że zjawiskiem psychopatycznem jest to, co nie stanowi objawu choroby psychicznej ani czysto somatycznego przejawu zachorzenia nerwowego, lecz odchylenie psychiczne—stojące na pograniczu choroby psychicznej i zdrowia psychicznego. Również z kliniczno-patologicznego wychodząc, starają się wniknąć nieco głębiej w strukturę zjawiska psychopatycznego te definicje, które dopatrują się istoty psychopatji bądź w dysharmonji *wewnętrznej* pomiędzy poszczególnemi elementami składowemi psychiki ludzkiej z przewagą jednych a niedomogą innych, bądź w dysharmonji *zewnętrznej* t. zn. spaczonym stosunku osobnika psychopatycznego do otoczenia (*Moebius, Scholtz, Strohmayer, Gribojedow* i inni). W ten sposób, stwierdzając zasadnicze zaburzenie w układzie autotelicznym i heterotelicznym osobnika psychopatycznego, zbliżamy się do nowoczesnych definicji psychopatji ustrojowej, zawartych w dwu świeżo ogłoszonych opracowaniach monograficznych *Kurta Schneidra* i *Eugenjusza Kahna*, z których pierwsza wykazuje charakter *psychopatologiczno-socjologiczny*, druga zaś ściśle *charakterologiczny*.

Definicja *Schneidra* wychodzi z założeń czysto teleologicznych. Określa on osobowości psychopatyczne, *jako takie anormalne osobowości, które cierpią z powodu swej własnej anormalności, lub też*

anormalnością swoją sprawiają cierpienie społeczeństwu. Schneider zdaje sobie dokładnie sprawę z dowolności pierwszego członu tego określenia oraz subjektywnego ujęcia jej drugiego członu. Tak np. psychopata kierujący grupą rewolucyjną dla jednych oznaczać będzie wichrzyciela, dla innych natomiast wybawiciela, nie mówiąc już o tem, że i po za granicami psychopatji ustrojowej—na terenie zaburzeń psychicznych *sensu strictiori*—anomalja może niekiedy być dla pacjenta powodem cierpienia. Definicja ta wszakże odznacza się wysoką wartością praktyczną specjalnie dla psychjatrji społecznej, dopatrując się słusznie istoty procesu w zaburzeniu równowagi *ortotelicznej (W. Stern)*, t. zn. w wadliwie ukształtowanej *autotelji* i niedostatecznej adaptacji *heterotelicznej. Kahn*, podnosząc doniosłość definicji teleologicznej i opierając się na ugruntowanem przez *Williama Sterna* pojęciu *osobowości*, wzbogaca i pogłębia ją treścią *charakterologiczną*. Określa on z punktu widzenia *przyczynowego* i *teleologicznego osobowości psychopatyczne, jako takie osobowości niezharmonizowane* („diskordante"), które w *kierunku przyczynowym napiętnowane są osobliwościami ilościowemi dziedziny popędu, charakteru i temperamentu i które w swem uczynnieniu jednolitem, celowem i samodzielnem upośledzone są wskutek odchyleń natury ilościowej w samoocenie własnej i w ocenie obcych wartości.*

Zagadnienie *klasyfikacji* klinicznych postaci psychopatji ustrojowej opiera się w głównych zarysach na motywach analogicznych, które poznaliśmy przy przeglądzie ważniejszych definicji osobowości psychopatycznej, lecz już z natury rzeczy jest ono daleko bardziej skomplikowane. Otóż pomimo wielkiej mnogości tych motywów, któremi posługiwały się definicje—w celach klasyfikacyjnych dadzą one ugrupować się w dwie kategorje zasadnicze, z których jedna stanowić będzie fundament dla rozmaitych podziałów natury *klinicznej*, na drugiej natomiast opierać się będą klasyfikacje, ujmujące różnorodne typy psychopatyczne z punktu widzenia *charakterologicznego*. Zasadnicza różnica pomiędzy dwiema temi kategorjami podziałów polega na tem, że pierwsza z nich stara się ugrupować rozmaite typy psychopatyczne według najbardziej rzucających się w oczy przejawów klinicznych *bez określonego systemu*, druga natomiast doszukuje się wśród nieogarnionej różnorodności przejawów psychopatycznych pewnych specjalnych *typów*, które nadawałyby się do zestawienia i porównania i które dałyby się uszeregować *w jeden układ charakterologiczny*. Metodyka klasyfikacyjna typu pierwszego posiada już swoją historję i sięga retrospektywnie aż do podstawowej pracy *Kocha*, druga natomiast jest w nauce dopiero nowością i wywodzi

się z nowoczesnej *nauki o charakterze (charakterologja)*, opierając się w pierwszym rzędzie na podstawowych dziełach *Klagesa, Junga, Jordansa, Adlera. O. Grossa, Kretschmera* i innych. Pierwszy podział *Kocha*, jak wiadomo, zorjentowany był wyłącznie według *stopnia natężenia* wrodzonej sprawy psychopatycznej. W ten sposób odróżnia on trzy zasadnicze postacie *dyspozycji psychopatycznej*, z których *pierwsza* ogarnia osobników o szczególnej „delikatności psychicznej" i odpowiada mniej więcej współczesnej koncepcji t. zw. „psychopatów astenicznych", *druga*—wrodzone obarczenie psychiczne, a więc wszystkie inne postacie typów psychopatycznych, z wyjątkiem stanów niedorozwoju moralnego i intelektualnego, które stanowią tu *trzecią* grupę typologiczną—przekraczającą wszakże w ujęciu współczesnem właściwy zakres psychopatji ustrojowej. Jednakowoż podwalinę klasyfikacji klinicznej osobowości psychopatycznych spotykamy dopiero u *Kraepelina*, który wyodrębnia je na podstawie najbardziej rzucających się w oczy osobliwości charakteru i usposobienia i, uznając w zasadzie możliwość istnienia nieogarnionej mnogości takich typów, kreśli z nieporównanem mistrzostwem tylko takie, które nastręczają się najczęściej obserwacji klinicznej—a więc typy osobników niezrównoważonych pobudliwych, popędowych, dziwaków, kłamców, oszustów, wrogów społeczeństwa i pieniaczy. Szczególną osobliwością klasyfikacji tej i niewątpliwym jej brakiem jest, że pomija ona i traktuje odrębnie wielką grupę stanów anankastycznych oraz zboczenia popędu płciowego, które obecnie traktowane są jako integralne części składowe psychopatji ustrojowej oraz stany konstytucjonalnego przygnębienia i podniecenia, które należy rozpatrywać tylko jako odpowiedniki psychozy szałowo-posępniczej na terenie psychopatji ustrojowej. Błąd ten, jak wiadomo, skorygowany został przez *Bleutera*, który wprowadza dodatkowo pojęcie transformacji temperamentu konstytucjonalnego w okresie dojrzewania płciowego, stany wszakże przygnębień konstytucjonalnych pragnie utrzymać w ramach psychozy szałowo-posępniczej. Najbardziej ścisłe wszakże zcementowanie wszystkich wymienionych postaci klinicznych znajdujemy u *Janeta*, który ogarnia je łącznie nazwą *psychastenji* i poddaje głębokiej analizie psychologicznej. Wszystkie pozostałe klasyfikacje kliniczne są, z nieznacznemi odchyleniami i warjantami, właściwie mówiąc, tylko parafrazą typów kraepelinowskich. Najbardziej plastycznie i wyczerpująco ujmuje je *Scholz* w książce poświęconej psychopatologji wieku dziecięcego i młodzieńczego, opisując typy: obojętne, depresyjne, manjakalne, cyrkularne, afektywne, popędowe, niezrównoważone, dziwaczne, fantastyczne, kłamliwe, moralnie upo-

śledzone i płciowo zboczone. Wyjątek pod tym względem stanowi *Ziehen*, który mąci przejrzystość klasyfikacji klinicznej psychopatji przez włączenie do niej stanów o charakterze *nabytym*, w rodzaju *konstytucji pląsawiczej*, o czem była już mowa poprzednio i co nie zyskało sobie uznania większości autorów. Dodam wreszcie, że czynione były próby rozklasyfikowania stanów psychopatycznych z punktu widzenia ich *przebiegu*. Między innemi *Heller* odróżnia konstytucje psychopatyczne *stacjonarne*, rozwijające się bez znaczniejszych wahań w przebiegu, następnie psychopatje *postępujące* z tendencją do pogarszania się z biegiem czasu i sięgające aż do progu zaburzeń schizoidalnych i wreszcie konstytucje *regresyjne* z przebiegiem dobrotliwym i ze skłonnością do poprawy pod wpływem pomyślnych warunków wychowawczych, leczniczych i życiowych. Nie bez znaczenia także jest fakt, na który zwraca uwagę *Schneider*, że mianowicie jednakowo brzmiące określenia różnych autorów nie symbolizują bynajmniej jednoznacznych treści klinicznych. Nastręcza się tedy w celach porównawczych konieczność pewnej *standardyzacji* pojęć definicyjno-klasyfikacyjnych, która jedynie umożliwić nam może rozwiązanie zagadnienia t. zw. *typizacji* osobowości psychopatycznych, dążącej do nakreślenia nie sylwetek portretowych o zarysach choćby najbardziej charakterystycznych, na których opierała się dotąd klasyfikacja kliniczna, ale do ustanowienia szeroko zarysowanych *typów*, któreby dały się zestawić z innemi typami i uszeregować w naukowy system klasyfikacji. Otóż współczesny rozwój nauki o psychopatjach wskazuje, że zagadnienie to może być rozwiązane pozytywnie tylko pod kątem widzenia *charakterologicznym*.

Współczesna nauka o charakterze, czyli t. zw. *charakterologja* opiera się na fundamentach natury tak *psychologicznej* jak i *bjologicznej* i rozbudowana została w ostatnich czasach dzięki podstawowym pracom *Klagesa*, *Junga*, *Kehrera*, *Williama Sterna*, *Kretschmera*, *Ewalda*, *Kronfelda*, *Bühlera*, *Utitza*, *Heymansa* i *Wiersmy* i innych. Nie mam tu możności zastanawiania się nad wszystkiemi systemami charakterologicznemi, które *H. Hoffmann* zebrał i oświetlił krytycznie w dziele p. t. „Das Problem des Charakteraufbaus", wspomnę tylko pokrótce o tych ważniejszych systemach, z których nauka o osobowościach psychopatycznych zaczerpnąć może podstawy do klasyfikacji. Między innemi *Klages*—jeden z najbardziej zasłużonych w tej dziedzinie psychologów—dzieli charakter na *materję*, *strukturę* i *jakość*, przyczem na materję składają się wszytkie uzdolnienia i talenty, na jakość zaś dążenia, popędy i ukierunkowania woli. W ujęciu tem materja upodobniana jest do instrumentu, wyda-

jącego dźwięki, jakość do melodji, na którą składają się te dźwięki, zaś właściwości przebiegu i niezbędne tempo psychiczne uczynnienia charakteru—odpowiadają pojęciu *struktury*. Najważniejszą cechą struktury jest *temperament*, jako indywidualny stopień sposobu reagowania, wynikający z indywidualnie stałego ustosunkowania pomiędzy natężeniem siły popędowej a natężeniem oporu, zmniejszający się w miarę przyrostu siły popędowej lub spadku oporu—i odwrotnie. Następnemi cechemi struktury są są: usposobienie, natężenie energji, pobudliwość uczuciowa i zabarwienie nastrojowe, powodujące różnorodne postacie ustosunkowania pomiędzy afektywnością i natężeniem woli (czynne, bierne i reaktywne). Wreszcie z *jakości* czyli *ukształtowania* charakteru wynikają według *Klagesa* dwa typy biegunowo odrębne, z których jeden ogarnia ludzi *uczuciowych* i *biernych* z niedomogą instynktu samozachowawczego, drugi natomiast osobników (*czynnych o silnej woli*) i o przewadze popędów egoistycznych. W granicach obu tych krańcowości mieści się oczywiście przeciętny typ charakterologiczny, jako wynik swoistego ustosunkowania owych cech naprzeciwległych, zaś z różnorodnych właściwości materji, struktury i jakości oraz ich wzajemnych powikłań wynika niezmiernie złożona architektonika charakteru ludzkiego.

Na odmiennych podstawach opiera się próba charakterologji *Junga*, który odróżnia dwa zasadnicze typy charakteru ludzkiego: typ *ekstrawersyjny* i typ *introwersyjny*: pierwszy z nich oznacza pozytywne nastawienie i zainteresowanie subjektu wobec objektu, drugi natomiast negatywny stosunek subjektu do objektu, przyczem zainteresowanie skierowane zostaje nie do objektu, lecz przeciwnie z powrotem do subjektu. Według *Junga* każdy człowiek posiada obie postacie nastawienia, przyczem jedna i druga z tych postaci wykazywać może cechy nastawienia myślowego, uczuciowego, wrażliwego i intuicyjnego. Jeden i drugi z typów zasadniczych może być zarówno czynny, jak nieczynny — w zależności od fazy, w której się znajduje, przyczem typ ekstrawersyjny wydaje się w swej introwersyjnej fazie pasywnym, zaś typ introwersyjny w swej ekstrawersyjnej fazie aktywnym, naogół wszakże typ ekstrawersyjny odznacza się większą ruchliwością i uczynnieniem. W odniesieniu do patologji najbardziej częstą nerwicą osobników ekstrawersyjnych jest histerja, introwersyjnych natomiast—psychastenja z całą bogatą skalą objawów psychopatycznych.

Kretschmer, którego ciekawa próba charakterologji ma na widoku cele ściśle psychopatologiczne, stara się wprowadzić jako podstawę—strukturę psychologiczną *psychopatycznych postaci reagowa-*

nia na bodźce zewnętrzne czyli przeżycia, rozpatrując właściwości charakteru, jako różnorodne możliwości reagowania pod kątem widzenia genetycznym i dynamicznym. Jakkolwiek odróżnia on ściśle naukę w oddziaływaniu od nauki o charakterze, uważa on jednak poszczególne postacie reagowania za charakterystyczne dla określonych charakterów, odróżniając obok uznanych dotąd *stenicznych* i *astenicznych* typów przeżyć—jeszcze *trzy* odmienne postacie reagowania. Jest to przedewszystkiem odpowiadająca wiekowi dziecięcemu t. zw. *prymitywna* postać reagowania, wynikająca ze wzmożonej wrażliwości i receptywności przy niedokształconej zdolności retencyjnej, właściwa naturom niezrównoważonym i wybuchowym i przebiegająca niekiedy nawet w postaci wydłużonej. Druga t. zw. *ekspansyjna* postać reagowania, polegająca na spotęgowanej zdolności retencyjnej, właściwa jest ostro zarysowanym charakterem stenicznym, wykazuje wszakże w warunkach patologicznych wybitną tendencję do stłuumienia, prowadząc częstokroć do konfliktu osobnika z narzuconą mu więzią warunków społecznych. Co się tyczy *trzeciej* t. zw. *senzytywnej* postaci reagowania, wynikającej ze świadomej retencji silnie pod względem wzruszeniowym zabarwionych grup wyobrażeniowych—przy żywej aktywności intrapsychicznej i upośledzonej wydolności. to stanowi ona podłoże, z którego wyrasta nerwica anankastyczna oraz t. zw. senzytywne urojenia ksobne. Związana jest z nią blisko t. zw. *asteniczna* postać reagowania osobników o słabej woli i o tendencji do depresji i wyczerpywania się. W późniejszem ujęciu, opartem na szerokich podstawach bjologicznych, z powyższych zasadniczych postaci reagowania wyrosły dwie powszechnie znane kapitalne konstrukcje charakterologiczne — a mianowicie typ: *cykloidalny* i typ *schizoidalny.* Koncepcja ta miała ogromne znaczenie nietylko wskutek ujęcia bjologicznego najważniejszych psychoz endogenicznych ze względu na stwierdzoną przez *Kretschmera* korelację ich określonemi typami konstytucjonalnemi budowy ciała, ale przedewszystkiem ze względu na oświetlenie faktu, że właśnie psychozy owe oraz ich najważniejsze odpowiedniki na terenie psychopatji ustrojowej — są tylko postaciami różnorodnego spotęgowania już w warunkach normalnych zarysowujących się typów charakteru *cyklotymicznego i schizotymicznego (syntonja i schizoid).* W ujęciu tem *Kretschmer* niezawsze odróżnia dostatecznie ostro pojęcie *charakteru* i *temperamentu*, jakkolwiek próbuje dopatrywać się w charakterze bardziej całości pewnych reakcji psychicznych, w temperamencie natomiast bardziej pogranicza psychologiczno-bjologicznego. Uzależnia on mianowicie temperamenty od stanu móz-

gowia oraz od dwu wielkich chemicznych grup hormonalnych, z których jedna odpowiada skali afekcyjnej *diatetycznej*, druga *psychestetycznej*, inaczej mówiąc, jedna temperamentom cyklotymicznym, druga zaś schizotymicznym. W tem oświetleniu również rozpatruje *Kretschmer* zagadnienie talentów i uzdolnień—problemat, który ujęty został w niezmiernie interesujący sposób w świeżo ogłoszonej w przekładzie francuskim książce psychologów holenderskich *M. Heymansa* i *M. Wiersmy.* Badacze ci, doszedłszy w analizie psychologicznej charakteru do jakości, które w dzisiejszym stanie nauki można, ich zdaniem, uważać za elementarne i zasadnicze, czyli niejako za „pierwiastki" psychiczne, oznaczają je odpowiedniemi literemi i za ich pomocą określają i grupują charaktery wzorem postępowania chemików z ciałami materjalnemi.

Takich pierwiastków psychicznych ma być sześć:

1) *E* (émotivité) — uczuciowość albo przeciwny,

2) *n E* (non émotivité) — nieuczuciowość,

3) *A* (activité) — aktywność, bądź też przeciwny mu,

4) *n A* (inactivité) — nieaktywność,

5) *P* (primauté) — bezpośredniość, impulsywność lub cecha przeciwna:

5) *S* (primanté) — niebezpośredniość—a więc refleksyjność—jednak w znaczeniu nie wyłącznie intelektualnej, ale ogólnej dyspozycji, sprawiającej, że cechy wszelkich przeżyć minionych, odpowiednio skoordynowanych, trwają i oddziaływają silniej, niż podniety chwili bieżącej, które z kolei odgrywają rolę pierwszorzędną u natur bezpośrednich.

Po ustanowieniu tych pierwiastków psychicznych przedsięwzięta została próba syntezy. Na podstawie pewnej ilości życiorysów sławnych ludzi (metoda *biograficzna*) oraz wielu tysięcy odpowiedzi na odpowiednio ułożone kwestjonarjusze (metoda *ankietowa*) otrzymano obfity materjał — i ostatecznie podzielono charaktery ludzkie na 8 grup, uszeregowanych według wzrastającej ich wartości psychicznej, przyczem wzorem układów chemicznych oznaczono je literami.

I. *n E n A P* (nieuczuciowi, nieaktywni, bezpośredni) = *amorficzni*, t. zn. bezpostaciowi, bez wyrazu.

II. *n E n A S* (nieuczuciowi, nieaktywni, refleksyjni) = *apatyczni.* W tych dwu grupach brak, oczywiście postaci historycznych.

III. *n E A P* (nieuczuciowi, aktywni, bezpośredni) = *sangwinicy.* Działacze i pisarze praktyczni, zmierzający do rezultatów bezpośrednich. Postacie historyczne: Montesqnieu, Lessing, Bacon, Voltaire. W nauce często pionierzy, w literaturze — satyrycy i humoryści.

IV. *n E A S* (nieuczuciowi, aktywni, refleksyjni) = *flegmatycy*. Tu należą wielcy uczeni, teoretycy. Między innemi: Kant, Gauss, jeden i drugi Locke, Hume, Franklin, Taine, Darwin.

V. *E n A P* (uczuciowi, nieaktywni, bezpośredni) = *nerwowcy*: Byron, Poë, Musset, Dostojewski, Lenau, Grillpalzer. Poeci i artyści.

VI. *E n A S* (uczuciowi, nieaktywni, refleksyjni) = *uczuciowcy*: Rousseau, Robespierre, Vigny, Malebranche, Amiel, Thackeray, Kierkegaard. Moraliści, poeci o zacięciu filozoficznem, w warunkach sprzyjających reformatorzy.

VII. *E A P* (uczuciowi, aktywni, bezpośredni) = *cholerycy*: Mirabeau, Danton, Gambetta, G. Sand, Proudhon, Huxley, Shelley, W. Scott, Dickens. Mówcy i pisarze polityczni i społeczni. Adwokaci.

VIII. *E A S* (uczuciowi, aktywni, refleksyjni) = *pasjonaci*: Carlyle, Flaubert, Mozart, Gladstone, Michał Anioł, Michelet, Napoleon, Saint-Simon, Newton, Nietsche, Pascal, Pasteur. Ludzie o wielkiem napięciu energii psychicznej, przyczem jeden z czynników może górować nad innemi. Np. u Pascala dominuje uczucie, u Napoleona— aktywność, u Pasteura — refleksyjność.

W odmiennem nieco oświetleniu ujmuje *Ewald* pojęcia charakteru i temperamentu, opierając je na podstawie wyłącznie *bjologicznej*. W jego charakterologji bjologicznej *temperament*, będący odpowiednikiem t. zw. *napięcia życiowego* (*biotonus*) i składający się z komponentów natężenia, tempa psychicznego oraz poczuć witalnych—stanowi cząstkę składową osobowości *niezmienną*—w odróżnieniu od ulegającego zmianom i przeobrażeniom *charakteru* z jego ukierunkowaniem popędowem i oddziaływaniami psychicznemi, z jego zdolnością do retencji i do przeróbki intrapsychicznej. Odpowiednio do wahań bjotonicznych odróżnia on trzy zasadnicze temperamenty: *roztropny* czyli przeciętny — przy zachowanej równowadze napięcia witalnego, *sangwiniczny* czyli hypomniakalny oraz *melancholijny* — odpowiednio do dodatnich lub ujemnych wahań bjotonicznych.

Jak widać z powyższego przeglądu najważniejszych współczesnych konstrukcji charakterologicznych — psychologowie wyprowadzają pojęcie osobowości z przesłanek czysto psychologicznych, psychjatrzy zaś starają się sprowadzić ją na grunt bjologiczny. Ale dopiero *William Stern* zdobył się na odwagę ujęcia całkowitego zagadnienia pod kątem widzenia *teleologicznym*, stwarzając z niego swój wielki system celowy na podstawie psychofizycznie neutralnego ujęcia osobowości. Jako zasadnicze cechy *osobowości* podnosi *Stern*: *wielojedność* (Vieleinheit), uczynnienie celowe oraz odrębność (indywidualizację)—w przeciwieństwie do *rzeczy*, która jest konglomera-

tem nieindywidualnym bez uczynnienia samoistnego. Stosownie do jednostkowej zdolności do uczynnienia i osiągnięcia celu — istnieją osobowości *wyższe* — jak bóstwo, ludzkość, naród, rodzina — oraz osobowości *niższe*—jak komórki, mołekuły, atomy. W pośrodku nich stoi, jako ogniwo przejściowe, *osobowość ludzka*. Każdy człowiek rozporządza skierowaną ku swojej osobowości, ku swemu własnemu „ja" *autotelję* t. zn. systemem celowości osobniczej, w którym zawarte są między innemi cele samozachowania i samorozwoju. *Autotelja* osobnicza włączona jest do *heterotelji* czyli do systemu celów postronnych. Heterotelja składa się z podrzędnych celów osobniczych *(hypertelja)*, współrzędnych celów osobniczych (*syntelja*) i nadrzędnych celów rzeczowych (cele abstrakcyjne czyli t. zw.*ideotelja*). Przejmowanie celów postronnych do systemu własnej celowości zachodzi za pomocą procesu *introcepcji*. Dzięki temu procesowi adaptacji wewnętrznej, który stanowi rozprawę i walkę ze światem zewnętrznym, zatraca cel postronny swą obcość, nie zostaje wszakże skierowany na „ja" osobnicze. Autotelja osobowości ogarnia według *Sterna* w kierunku samozachowawczym — utrzymanie istnienia i jego treści, w kierunku samorozwojowym—wzrost i dojrzewanie, w kierunku produkcyjnym — dążenie do celu, który jeszcze nie jest gotów do realizacji. W rozwoju filogenetycznym osobowości przewija się, jako motyw zasadniczy, dążenie do produkcyjnego samorozwoju—a więc do stanu idealnego, w którym autotelja jest całkowicie wyrównana i harmonijnie włączona do zakresu heterotelji. Wytworzenie się owego stanu równowagi, dla którego *Kahn* proponuje termin *ortotelji*, już w warunkach normalnego rozpięcia skali zdrowotności nie przez wszystkich osiągana bywa w sposób jednolity, jednym bowiem przypada ona w sposób łatwiejszy, innym natomiast w sposób bardziej utrudniony. Na tych właśnie odchyleniach negatywnych od przeciętnej realizacji równowagi ortotelicznej opierają się nowoczesne próby klasyfikacji typów psychopatycznych.

Nie mam tu zamiaru ani możności zatrzymywania się nad wszystkiemi owemi próbami klasyfikacyjnemi, przytoczę tylko w skróceniu kilka najważniejszych z nich — jako najbardziej znamiennych z punktu widzenia *typologicznego*. Pierwsza próba w tym kierunku zrobiona była przez *Schneidra* — i, jakkolwiek klasyfikacja jego w znacznym jeszcze stopniu tkwi korzeniami swemi w gruncie klinicznym, jednakowoż oddala się ona znacznie od dotychczasowego szkicowania typów psychopatycznych jako sylwetek portretowych, stanowiąc do pewnego stopnia próbę syntezy dotychczasowych ugrupowań klinicznych. Znacznie dalej w kierunku tym poszedł *Kahn*,

który uważał za wskazane operować metodyką dwoistą. Oparł się on mianowicie na nieznacznie tylko zmodyfikowanej klasyfikacji opisowej *Schneidra* i dopiero, poszczególne typy tej klasyfikacji stały się dla niego punktem wyjścia dla dalszych zróżniczkowań charakterologicznych.

Ów zmodyfikowany podział *Schneidra* ogarnia typy następujące:

1. Typy nerwowe.
2. „ lękliwe.
3. „ wrażliwe.
4. „ anankastyczne.
5. „ pobudliwe.
6. „ hypertymiczne.
7. „ depresyjne.
8. „ o zmiennym nastroju.
9. „ o zmiennem usposobieniu.
10. „ o słabej woli.
11. „ o gwałtownych popędach.
12. „ zboczeńców płciowych.
13. „ histeryczne.
14. „ fantastyczne.
15. „ fanatyczne.
16. „ dziwaków.

Właściwa metodyka klasyfikacyjna *Kahna* polega na tem, że różnorodne treści psychopatyczne, zawarte w owych szesnastu typach zasadniczych, rozpatrywane są z *trzech punktów widzenia* — a mianowicie: 1) od strony *popędów*, 2) od strony *temperamentu* i 3) od strony *charakteru* — i w ten sposób uszeregowane w *trzy* kategorje podstawowe. Dopiero analiza w ten sposób oświetlonych *elementarnych* zaburzeń psychopatycznych umożliwia w sposób syntetyczny konstrukcję i zrozumienie *złożonych typów psychopatycznych*, które składają się na *czwarty* wielki poddział szeroko zakreślonej klasyfikacji *Kahna*, której kontury zarysowują się w sposób następujący:

A. Psychopaci rozpatrywani od strony popędów.

1. Psychopaci impulsyjni.
2. Psychopaci o słabych popędach.
3. Psychopaci seksualni z następującemi typami:
   a) samogwałt,
   b) narczyzm,
   c) transwestytyzm,

d) homoseksualizm,
e) metatropizm,
f) biseksualizm,
g) gerontofilja,
h) pedofilja,
i) infantylizm psychoseksualny,
j) zoofilja,
k) fetyszyzm,
l) exhibicjonizm,
m) algolagnja (sadyzm i masochizm).

B. Psychopaci rozpatrywani od strony temperamentu (dystymicy).

1) Hypertymicy:
a) ożywieni (tachytymicy),
b) pobudliwi,
c) wybuchowi,
d) drażliwi,
e) kłótliwi (erystycy),
f) euforycy.

2) Hypotymicy:
α) Atymicy.
g) flegmatycy,
h) tępi,
i) wyjałowieni z uczuć.
β) Dysforycy.
k) lękliwi,
l) chmurni (missmutige),
m) depresyjni.

3) Pojkilotymicy:
h) typy o tubylczo zmiennym nastroju,
o) typy o reaktywnie zmiennym nastroju.

4) Typy senzytywne:

C. Psychopaci rozpatrywani od strony charakteru (dystonicy).

1) Typy przeceniające własne „ja":

a) aktywni autyści,
b) egocentrycy.

2) T y p y n i e d o c e n i a j ą c e w ł a s n e g o „j a":

c) pasywni autyści,
d) poszukiwacze własnego „ja".

3) T y p y a m b i t e n d e n c y j n e:

a) typy ambitendencyjne steniczne,
b) typy ambitendencyjne asteniczne.

D. Złożone typy psychopatyczne. (Wizerunki osobowości psychopatycznych).

1. Psychopaci z biernie aspołecznem zachowaniem.
2. Typy schizoidalne.
3. Typy zimnych autystów:
   a) bierni zimni autyści o słabych popędach,
   b) czynni zimni autyści o silnych popędach.
4. Psychopaci anankastyczni (z objawami natręctw).
5. Psychopaci senzytywni.
6. Osobowości histeryczne.
7. Psychopaci chypochondryczni.
8. Typy kłótliwe (erystycy i pieniacze).
9. Typy dziwaków psychopatycznych:
   a) dziwacy czynni,
   b) dziwacy bierni.
10. Psychopaci asteniczni.

Jedyną, jak dotąd, próbą typologiczną, opartą konsekwentnie na założeniach wyłącznie charakterologicznych, jest ogłoszona w ostatnich tygodniach przez *Homburgera* klasyfikacja konstytucji psychopatycznych. Punkty widzenia, na których opiera się ta klasyfikacja, rozpadają się na 2 grupy zasadnicze: na formalne komponenty osobowości oraz na związki psychiczne, które wynikają ze stosunku osobowości do świata otaczającego. Do prostych i formalnych komponentów osobowości należą: zasadniczy nastrój życiowy, przebieg usposobienia, podnieta do sprawności, zdolność do reagowania, gotowość do reagowania, natężenie reakcji. Ustosunkowania osobowości do świata otaczającego podzielić można na bardziej *proste* i bardziej *złożone*. Do prostych zaliczyć należy: poczucie rzeczywistości, społeczne poczucia więzi i zobowiązań oraz wytworzenie się celu życiowego i trwanie przy nim. Przy bardziej skomplikowanych ustosunkowaniach osobowości do świata zewnętrznego przeciwstawić należy grupę: sprawności, wytrzymałości i wyrównywalności — drugiej grupie założeń psychicznych a mianowicie: zróżniczkowaniu psychicz-

nemu oraz jednolitości struktury psychicznej. Obie grupy odpowiadają różnorodnym odmianom zdolności do samookreślenia w stosunkach i konfliktach ze światem otaczającym, ogarniając w ten sposób najbardziej zasadnicze podstawy usposobienia psychopatycznego. Rozpoznanie odchyleń psychopatycznych od dwu wspomnianych zasadniczych komponentów osobowości wskazuje, że, o ile jądro zwyrodnienia psychicznego nie daje się stwierdzić na terenie normalnych komponentów osobowości, to należy doszukiwać się go w składnikach związku osobowości ze światem otaczającym — i odwrotnie. Otóż zestawienie typów konstytucji psychopatycznej, opracowanych dotąd przez rozmaitych autorów daje nam możność uszeregowania ich według powyżej wyłuszczonych punktów widzenia. Sprowadzenie typu konstytucjonalnego do *jednej w przeważnej mierze* charakteryzującej go psychologicznie *określonej odmiany* — stanowi właśnie motyw przewodni owej próby typologicznej systematyzacji postaci psychopatycznych. Ujęcie to wskazuje równocześnie na możliwość *kombinacji*, powstających z cech charakterystycznych dla różnorodnych odmian skłonności i usposobień i stanowiących typy przejściowe. W ten sposób typologja w istocie swojej staje się cennym środkiem orjentacyjnym i segregacyjnym wobec nieograniczonej liczby typow psychopatycznych, odpowiadających rzeczywistości. Wychodząc z założeń powyższych, klasyfikacja *Homburgera* proponuje następującą systematyzację:

GRUPA I.

Odmiany prostych i formalnych komponentów osobowości.

A. Odmiany skłonności do zasadniczego nastroju życiowego.

1. T y p y h y p e r t y m i c z n e:
   - a) psychopaci o usposobieniu wesołem,
   - b) typy hypomanjakalne.
2. T y p y d e p r e s y j n e:
   - a) psychopaci o usposobieniu bezradosnem,
   - b) typy przygnębione.

B. Endogeniczne i exogeniczne odmiany przebiegu nastroju i usposobienia.

1. P e r j o d y c y:
   - a) typy cyklotymiczne,
   - b) typy depresyjne,
   - c) typy epileptoidalne.

2. T y p y o z m i e n n y m n a s t r o j u.

C. Odmiany ilościowe pobudek do czynu i odmiany jakościowe przebiegu sprawności w znaczeniu tempa życiowego.

1. T y p y i m p u l s y j n e:
   a) typy czynne o licznych podnietach,
   b) typy niespokojne o licznych podnietach,
   c) typy śpieszne (hastige).
2. P o s t a c i e i n d o l e n t n e:
   a) typy ubogie w podniety,
   b) typy torpidne,
   c) typy powolne.
3. P o s t a c i e w y b u c h o w e:
   a) typy drażliwe,
   b) typy epileptoidalne,
   c) typy pierwotne ludzi gwałtownych i uczuciowych.

G R U P A II a.

Zmiany skłonności do prostego ustosunkowania się osobowości do świata zewnętrznego.

A. Odmiany poczucia rzeczywistości.

a) fantaści,
b) kłamcy,
c) oszuści.

B. Odmiany skłonności do wytwarzania sobie celów życiowych i do umiejętności trwania przy nich.

a) typy o słabej woli,
b) typy niezrównoważone,
c) typy fanatyczne.

C. Odmiany skłonności do kontaktu uczuciowego ze społecznością.

1. T y p y u b o g i e d u c h e m:
   a) typy bezduszne,
   b) typy wrogów społeczeństwa.
2. T y p y d ą ż ą c e d o z d o b y c i a z n a c z e n i a w ż y c i u: Histerycy.

GRUPA IIb.

Odmiany skłonności do bardziej skomplikowanych ustosunkowań osobowości do świata zewnętrznego.

A. *Odmiany wydolności, wytrzymałości i wyrównywalności.*

1. Postacie asteniczne:

a) typy pobudliwego osłabienia (neurasteniczne),
b) typy o miękkiem usposobieniu,
c) typy lękliwe — niepewne,
d) typy infantylne,
e) typy psychasteniczne (anankastycy i hypochondrycy).

B. *Odmiany jedności i zróżniczkowania struktury psychicznej.*

a) typy nadmiernie zróżniczkowane,
b) typy senzytywne,
c) typy jednostronnie uzdolnione,
d) typy przedwcześnie dojrzałe.

GRUPA III.

Aspołeczne specjalne kategorje „postaci życiowych".

1. Typy popędowe.
2. Typy anormalne.
3. Urodzone prostytutki.
4. Oszuści w wielkim stylu.
5. Włóczędzy.
6. Typy przestępcze.
7. Typy awanturnicze.
8. Typy władcze.

Miałem tu możność przytoczenia tylko najbardziej ważnych i znamiennych prób systematyzacji typów klinicznych psychopatji ustrojowej natury zarówno *klinicznej* jak zwłaszcza *charakterologicznej* z całego szeregu innych bardzo licznych, a co najważniejsze, bardzo rozbieżnych. Niemal każdy autor bowiem, który zajmował się sprawą typów psychopatycznych, próbował klasyfikować je według własnego systemu. Jest to stan rzeczy, który przypomina dawniejsze okresy rozwoju nauki psychjatrycznej i który w psychjatrji ścisłej oddawna już został zlikwidowany. Jakkolwiek klasyfikacja charakterologiczna niewątpliwie najgłębiej sięga w istotę sprawy — zwłaszcza w swych nowoczesnych sformułowaniach (*Kahn*, *Hombur-*

ger), jednakowoż operuje ona tak znaczną liczbą postaci psychopatycznych, że z natury rzeczy mąci to jej zwartość i przejrzystość. Owa tendencja do możliwie drobiazgowej selekcji postaci psychopatycznych wypływa z ogólnie przyjętego zapatrywania się na psychopatję ustrojową jako na *stan pogranicza* pomiędzy psychicznem zdrowiem a psychiczną chorobą — a więc dopuszczający nieskończoną różnorodność warjantów. Stanowisku temu przeciwstawiła się najmłodsza moskiewska szkoła psychjatryczna (*Gurewicz, Islin, Dymow, Sucharewa* i inni), której poglądy w streszczeniu przedstawiają się w sposób następujący. Otóż rozwój psychjatrji klinicznej dowodzi, że uwzględnienie zasadniczych tendencji zaburzeń chorobowych oraz wyodrębnienie i właściwa ocena objawów, stanowiących istotę zachorzenia—przy abstrahowaniu szczegółów, które pozostają tylko w związku formalnym z właściwą treścią przeżyć psychicznych — umożliwiło na miejsce dawnej wieloliczebności postaci klinicznych— ugruntowanie nieznacznej tylko liczby jednostek chorobowych. Ewolucja procesu tego opierała się nietylko na tak ważnem pod względem zróżniczkowania praktycznego *prawie kontrastów*, lecz na bodaj ważniejszej jeszcze pod względem fenomenologicznym *zasadzie podobieństw*. Podobieństwa, jakie wykazują typowi chorzy manjakalno-depresyjni, schizofrenicy, epileptycy i t. d. są tak znaczne, że nawet wśród chorych rozmaitych ras i narodowości wytwarzają one niejako określone szablony kliniczne. Jeszcze ważniejsze są podobieństwa objawów w rozmaitych chorobach oraz podobieństwa reakcji przy rozmaitych urazach i zakażeniach (t. zw. exogeniczne typy reakcji). Szczególnie jednak ciekawe są podobieństwa przejawów w niektórych psychozach i psychopatjach ustrojowych: pomiędzy przygnębieniem i podnieceniem konstytucjonalnem a psychozą szałowo-posępniczą, pomiędzy psychopatją schizoidalną a schizofrenją, pomiędzy padaczką a t. zw. epileptoidem psychopatycznym (t. zw. *gliskroid F. i E. Minkowskich*), a zwłaszcza pomiędzy stanami psychopatycznemi i pośpiączkowemi zmianami charakteru w wieku dziecięcym. Wynika stąd w sposób nieodparty przypuszczenie, że zniszczeniu niektórych mechanizmów w chorobach postępujących odpowiada ich niedomoga wrodzona w stanach psychopatycznych i że wspólność objawów uwarunkowana jest tutaj wspólnością podłoża materjalnego. Wspólność objawów psychicznych ogarniać przeto może stany, które są całkowicie odmienne pod względem swej istoty nozologicznej oraz pochodzenia etjologicznego. W ostatecznym wyniku powstaje tylko ograniczona liczba odbić, w postaci których ujawniają się anomalje życia psychicznego. Dowodzą tego również i badania geneologiczne, stwier-

dzające ograniczenia liczbowe warjantów oraz analiza całego zagadnienia pod kątem widzenia prawa *dwubiegunowości* przejawów funkcji psychicznych. Fizjologiczną podstawę prawa tego stanowią wahania pomiędzy *podnieceniem i zahamowaniem*, pod względem klinicznym zaś zasada dwubiegunowości przejawia się w postaci szczególnego rodzaju antynomji, które dzięki wspólnemu podłożu skojarzone zostają w jednolitą całość. Antynomje te w najbardziej wybitny sposób ujawniają się w psychozie szałowo-posępniczej, dalej w hyperdynamicznych i adynamicznych postaciach zaburzeń pośpiączkowych, w djestetycznych i psychestetycznych proporcjach właściwych temperamentom cykloidalnym i schizoidalnym, w impulsywności i okrucieństwie z jednej strony, zaś bigoterji i pochlebczym serwilizmie epileptyków z drugiej strony, w dwu naprzeciwległych przejawach histerji—a mianowicie samozaparciu i krańcowym egoizmie i t. p. Co najważniejsze zaś, że zjawiska streszczające się w tego rodzaju proporcjach, właściwe są nietylko chorobom psychicznym *sensu strictiori*, lecz i zaburzeniom psychopatji ustrojowej, w której wprowadzone są w czynność te same mechanizmy i których działanie waha się pomiędzy określonemi biegunami. Różnica polega tylko na tem, że tam wchodzą w grę chorobliwe zmiany mechanizmu anatomiczno-fizjologicznego, tutaj zaś tylko jego niedomoga endogeniczna. Bądź co bądź nie ma podstawy do przypuszczeń, że w psychopatjach wchodzą w grę jakieś szczególne, dotąd nieznane i innym chorobom psychicznym obce warjanty; i tu i tam zaburzenia podlegają zupełnie jednolitym prawom, i tu i tam istnieje ograniczona tylko liczba warjantów bjologicznych.

Otóż wspólność proporcji, która właściwa jest chorobom psychicznym i psychopatjom ustrojowym, określa *Gurewicz* jako *pierwszą bjologiczną korelację* psychopatji. Korelację tę uzupełnia *druga* t. zw. *genetyczna*, ustanawiająca również ściśle określone związki pomiędzy chorobami psychicznemi a psychopatjami — a mianowicie na terenie stosunków dziedzicznych. *Trzecia* korelacja bjologiczna obejmuje związki pomiędzy *budową ciała* i *charakterem*, które poznaliśmy dokładniej dzięki pracom *Kretschmera* i jego szkoły, *czwarta* wreszcie — opracowana specjalnie przez szkołę moskiewską — pomiędzy *motoryką a charakterem*. Korelacja *trzecia* i *czwarta*, ustanawiające związek pomiędzy strukturą psychiczną, budową ciała, charakterem i czynnościami ruchowemi stanowią dopełnienie i umocnienie *dwu pierwszych* postaci korelacji, stwierdzając wspólność cech budowy ciała oraz właściwości sfery ruchowej w psychopatjach i blisko związanych z niemi zaburzeniach psychicznych. Niewątpliwie istnieją

jeszcze dalsze korelacje bjologiczne: tak np. wyjaśnienie wzajemnego ustosunkowania pomiędzy wpływami wegetatywnemi a inkrecyjnemi stać się może cennym punktem oparcia dla klasyfikacji i systematyzacji różnorodnych postaci psychopatycznych, ale sprawa ta w obecnej fazie nauki nie jest jeszcze dojrzała dla celów klasyfikacji praktycznej. W ten sposób zarysowują się kontury przyszłej *bjologicznej* klasyfikacji klinicznych typów psychopatji ustrojowej, która byłaby uzgodniona z pozostałemi dziedzinami psychjatrji klinicznej i z nauką o normalnych warjantach osobowości.

ZAKRES PRZEJAWÓW KLINICZNYCH PSYCHOPATJI DZIECIĘCYCH.

podała
DR. ZOFJA ROSENBLUM.

Pod nazwą psychopatji ustrojowej lub konstytucji psychopatycznej określa się stany pograniczne pomiędzy chorobą psychiczną a zdrowiem psychicznem, czyli stany, które same przez się nie oznaczając rozwiniętej choroby umysłowej, stoją z niektóremi jednostkami klinicznemi w pewnem powinowactwie.

Badacze, jak *Trüper i Koch* oznaczali typy psychopatyczne, jako mniejszowartościowe, podkreślając tą nazwą, iż istota choroby polega na zmniejszonej sprawności i zmniejszonej wartości ich układu nerwowego.

Pojęcie to obala zarówno *Bumke* na kongresie w Cassel w roku 1925 jak i *Cimbal, Adler* i inni, wychodząc z założenia, że przesądza ono z góry wyniki wychowawczo-lecznicze, nakłada na dzieci swoiste piętno i w świetle nowoczesnych pojęć na zagadnienie nerwic nie wytrzymuje krytyki. Na złożony bowiem zespół psychopatji szczególnie dziecięcych składają się nietylko czynniki, jak usposobienie oddziedziczone lub nabyte przeważnie w życiu płodowem, względnie, aczkolwiek rzadziej we wczesnych okresach życia osobistego, lecz i przeżycia podświadome oraz szereg czynników zewnątrzpochodnych. Zanalizowanie tych związków przyczynowych należy do zadań nowoczesnego wychowawcy-pedagoga.

Psychopatje ustrojowe dziecięce należy ściśle odróżniać od stanów oligofrenicznych, polegających na niedorozwoju wszystkich funkcji psychicznych, szczególnie intelektu.

Psychopatja ustrojowa może pojawiać się z najrozmaitszemi stopniami uzdolnienia, występując bądź to u dzieci o intelekcie normalnym, bądź też u jednostek wykazujących pewne uchylenie intelektualne od normy, bądź też nawarstwiając się na stany oligofreniczne (głuptactwo, debilizm) stwarzając wtedy obraz tak zw. Pfropfhebephrenie.

Zasadniczo jednak psychopatję cechuje bynajmniej nie niedorozwój, lecz dysharmonja struktury psychicznej. Ilościowej mniejszowartościowości oligofrenika można przeciwstawić jakościowe anomalje psychopaty.

Klasyfikacja psychopatji dziecięcych napotyka na większe jeszcze trudności niż psychopatja dorosłych, należy bowiem wziąść pod uwagę, że jeśli z jednej strony mamy do czynienia z materjałem niezdeprawowanym nadużyciami w postaci narkotyków, jak opjum, kokaina etc., które zaciemniają obraz psychopatji osobnika dorosłego, to z drugiej strony, sama psychika dziecka przedstawia tyle odrębności, stany pograniczne między zdrowiem a chorobą są tak płynne, że rozpoznanie może się tylko opierać na długomiesięcznej obserwacji.

Lekarza interesują zaburzenia psychopatyczne o tyle, o ile młodociany osobnik dotknięty niemi miewa zatargi z prawem, ze społeczeństwem, odchyla się wydatnie od normy, od pewnego określonego typu w tym wieku i tej płci *(Gruhle).*

Psychopatologa-wychowawcę natomiast zastanawiają, niezależnie od ich stopnia nasilenia, cechy psychopatyczne, przejawiające się u dzieci uważanych za zupełnie zdrowych, tak zw. „trudnych do prowadzenia", w świetle badań bowiem nowoczesnej pedagogji leczniczej stwierdza się, że przywary wieku dziecięcego przedstawiają bądź to wykroczenia przeciw zasadom i celom wychowania i stanowią poniekąd atawistyczne reminiscencje z życia człowieka pierwotnego (brak potrzeby czystości, egoizm i t. d.) mając znaczenie wyłącznie pedagogiczne, bądź też występują, jako przejawy głębokiego spaczenia charakteru, nie poddające się żadnym wpływom wychowania nawet indywidualnego i wkraczają już w dziedzinę patologji.

Dla głębszego wniknięcia w patogenezę psychopatji dziecięcych niezbędny jest rzut oka na psychiczny rozwój dziecka z punktu widzenia biologicznego. W pierwszych latach życia dziecko dzięki wczesnego rozwojowi zmysłów przyjmuje nader pochopnie wrażenia zewnętrzne, rejestruje je, systematyzuje, orjentuje się w świecie, przyswaja sobie stale nowe zapasy słów i engramy ruchowe. Różniczkują się coraz bardziej złożone funkcje, przyczem filogenetycznie stare psychicznie mechanizmy odnoszące się do mniej zróżniczkowanych funkcji i mające związek, jeśli nie zupełnie, to w każdym razie w dużym stopniu z podkorowym talamicznym układem — rozwijają się u dzieci w pierwszym rzędzie. Są to uczucia, afekty instynkty, popędy.

Dziecko znacznie szybciej obcuje z otoczeniem na podstawie emocjonalnej, niż intelektualnej; intonacja pieszczotliwa, lub gniewna przenika do jego świadomości wtedy, gdy sens słów jest mu zupełnie intelektualnie niedostępny. Dziecko żywo reaguje na wszelkie wewnętrzne i zewnętrze podniety, zmianami nastroju i afektami, przyczem nastroj zależny jest od jego samopoczucia. O ile organizm i świat zewnętrzny nie przyczyniają się do wywołania żadnych ujemnych wrażeń, zabarwienie wzruszeniowe, w myśl cytaty Alkmaiona, że „zdrowie zachowuje się jedynie dzięki równowadze sił wewnętrznych", — przybiera charakter dodatni, wesoły. — Wzruszenia nabierają w ten sposób znaczenia sygnałów, charakteryzujących stan organizmu. Jeśli zważyć, że wzruszenie warunkuje nie tylko zewnętrzne zachowanie się jednostki, lecz i wewnętrzną gospodarkę ustroju przez oddziaływanie na układ współczulny, hormonalny (np. w gniewie—powiększone ciśnienie, napięcie mięśni, powiększenie wskaźnika cukru we krwi) — staje się jasnem, że wzruszenia przedstawiają stary psychicznie mechanizm o dużem znaczeniu biologicznem, który rozwija się u dzieci wcześniej niż inne więcej zróżniczkowane funkcje psychiczne; nawet u starszych dzieci strona emocjalna góruje nad stroną intelektualną, przyczem wzruszenia dziecięce mają cechy chwiejności i nietrwałości, co uwydatnia się jeszcze wskutek braku hamujących centrów korowych: zewnętrzne przejawy wzruszeń (wazomotoryjne, wewnątrz wydzielnicze ruchowe) następują szybko, bezpośrednio, — reakcja dziecięca bowiem nie zna przeszkód i hamulców.

Bezpośredni wpływ wzruszeń i popędów na psychikę dziecka, wobec niedostatecznego rozwoju hamujących czynników korowych— tłumaczy przyczynę wybuchowości, t. zw. impulsywności dzieci. Zachowanie się dziecka tłumaczy się bezpośredniem zadziałaniem bodźców na aparat ruchowy, bez przdwstępnej przeróbki intrapsychicznej tego zadziałania.

To też z krótkiego przeglądu rozwoju umysłowego w tym okresie wynika, że dla dzieci do lat trzech charakterystyczny jest wybitnie odruchowy charakter życia psychicznego i niepodzielne prawie panowanie instynktów, jako też wyraźne zabarwienie świadomosci dziecka pierwiastkami uczuciowemi.

Dziecko w okresie przedszkolnym władające sprawnie wszystkiemi aparatami umysłowo - ruchowymi, dużym zapasem słów i bogatym zasobem przeżyć uczuciowych — łaknie materjału intelektualnego dla rozwoju swej działalności; ponieważ dostarczany mu matarjał nie wystarcza, dziecko przetwarza go w swej fantazji.

Antropomorfizacja i pierwotny animizm dziecka, zachłanny pociąg do zabaw, gier i bajek, które mu dostarczają strawy do pracy intelektualnej — wypływają z dążenia jego do poznania jaknajszybszego świata zewnętrznego. Zabawa według *Grossa* jest szkołą przygotowania do życia. Dążność do zmyślenia historji staje się przyczyną kłamstw dziecięcych; na powstawanie ich składają się jeszcze nie wyrobiona pamięć faktów z przeszłości (badania *Sterna*) oraz, jak wynika z ciekawej ankiety Franciszki *Baumgartenówny* — uczynnienie popędu do gier i zabaw.

W samodzielnych grach i zabawach przejawia się nieumiejętność dostosowania się społecznego, brak doświadczenia w stosunku do świata zewnętrznego przy doskonale rozwiniętych instynktach samozachowawczych: słowem występuje przewaga odruchów o podłożu organicznem i przystosowanych do obrony organizmu nad odruchami wyższymi, mającymi na celu uregulowanie stosunku osobnika do ustroju społecznego. Tymi przyczynami biologicznemi tłumaczą się zjawiska egoizmu dziecięcego, pożądliwość, chciwość, nawet okrucieństwo.

Dysharmonja w rozwoju uczuć i brak przystosowania się dziecka do wymagań społecznych doprowadzają do t. zw. przywar dziecięcych, będących często reakcją na nieumiejętne wychowanie i na niezrozumienie przeżyć duchowych dziecka. Dzieci normalne w tym okresie są niegrzeczne, do czego się przyczynia nerwowość, przejawiająca się przez brak współmierności między bodźcem a reakcją.

Wrażliwoćć, zależna od nadczułości narządów zmysłowych, drażliwość, polegająca na zbyt szybkiem wyładowaniu się podniet zewnętrznych w reakcji ruchowej, suggestyjność dochodząca do automatyzmu i przesadnego naśladownictwa, łatwa wyczerpalność, a co zatem idzie — depresja nerwowa — są zjawiskami normalnie spotykanemi w wieku przedszkolnym.

W okresie szkolnym następuje moment przełomowy w życiu dziecka. Władze psychiczne są wyrobione, umysłowość dziecka w owym czasie cechuje duża wrażliwość układu nerwowego, żywość usposobienia, ruchliwość.

Kojarzenia są szybkie, lotne, lecz o cechach powierzchowności, pamięć łatwa, lecz niedokładna, nietrwała. Częste zaburzenia uwagi, roztargnienie, wzmożona suggestyjność, brak wytrwałości i samodzielności w charakterze, powolne kształtowanie się treści uczuciowej przez rozwój nowych zainteresowań — cechują ten okres dzieciństwa.

W okresie wieku przejściowego wyżej wymienione cechy ulegają dużym wahaniom.

Pod względem intelektualnym następuje wyraźne osłabienie zdolności umysłowych, fakt stwierdzony przez badaczy, jak: *Neuman, Lobsien, Cohn, Diffenbacher, Binet, Nieczajew, Bernstein, Bogdanow* i t. d.

W związku z osłabieniem uwagi stwierdza się wzmożenie suggestyjności, zależnej od braku skupienia się nad podawanym materjałem myślowym. Wzrost suggestyjności odpowiada osłabieniu inteligencji, osobnik bowiem staje się bierny i mniej produkcyjny.

Wyobraźnia potęguje się wyraźnie i wpływa na fantastyczność nastrojów i zmienność usposobienia. Usposobienie dzieci w wieku przejściowym ulega zmianie wskutek zakłócenia równowagi psychicznej przez nierównomierny rozwój sfery emocjonalnej. Jest to okres zmiennych afektów, który trafnie określił *Mendousse* zdaniem, „iż młodzieniec w tym wieku pragnąłby być bohaterem, jak Napoleon, myślicielem, jak Spinoza, chciałby rozpaczać, jak Byron i być powabnym, jak Don Juan".

Zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców stwierdza się podniecenie erotyczne, szukające sobie ujścia jednak często w stosunku czysto intelektualnym do osobników tej samej płci, przyczem nierzadko powstaje antagonizm do płci odmiennej. Popęd seksualny znajduje zaspokojenie w samogwałcie, który wpływa ujemnie na psychikę, wywołując przygnębienie, skrupuły hipochondryczne etc. W wieku przejściowym występują cechy aspołeczne, jako skłonności do kłamstwa, kradzieży, włóczęgostwa i t. d. Wynikają one często z wygórowanego samopoczucia, zarozumiałości, które skłaniają wyrostka do ironizowania ustalonych prawideł życia społecznego, bądź też z innych czynników, czy to z wewnątrz, czy z zewnątrz pochodzących.

Problemat opuszczenia się dziecka w wieku przejściowym t. zw. „Verwahrlosung" zajmuje dziś na Zachodzie najwybitniejszych psychologów wieku dziecięcego. Słusznie go ujmuje *Cimbal*, twierdząc, że na t. zw. „Lernschwäche" i „Verwahrlosung" składa się dużo skomplikowanych pierwiastków, zarówno organicznych (brak dostatecznego odżywiania), jak czysto psychicznych (niewyrobienie charakteru, niedojrzałość myślowa, nieumiejętność podporządkowania swych popędów wymogom życia społecznego). Opuszczenie się jest traktowane, jako nerwica społeczna, a liczne sieci szkół i zakładów, któremi rozporządzają Fürsorge vereing w Niemczech, Austrji i Szwajcarji świadczą wymownie o tem, jak głęboko ujmują tam profilatykę duchową młodych osobników, którzy są często tylko ofiarami zaburzeń wieku pokwitania.

Rozwój osobowości dziecięcej nawet zupełnie normalnej wykazuje głębokie wahania, zależne od czynników biologicznych i socjologicznych. U jednostek zupełnie normalnych psychicznie pod wpływem wrażeń uświadomionych lub nieuświadomionych, względnie uchylonych od świadomości wytwarza się zapas energji utajonej, który niezależnie od woli osobnika podnosi lub obniża sprawność władz psychicznych.

Ta zmienność konstelacji psychicznej wywołana u dzieci najbłahszemi powodami przyczynia się w dużym stopniu do zaciemnienia i tak już niejasnego stanu pogranicza umysłowego, budząc wątpliwości, czy się ma do czynienia z uchyleniami w granicach normy, czy też z przejawami konstytucji psychopatycznej.

Do konstytucji psychopatycznych *Kraepelin* zalicza nietylko psychopatję w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz i t. zw. stany chorobowe, polegające na dysharmonji nie tylko funkcji psychicznych, lecz i roślinnnego układu nerwowego. Do tych psychonerwic czyli tymopatji zaliczyć należy wszystkie stany lękowe, natrętne, wasoneurotyczne, które w piśmiennictwie naszem zostały poddane rewizji przez *Higiera*. Nie mogą one być uwzględnione w niniejszym pobieżnym przeglądzie, jak również histerja, oraz padaczka, jako jednostki kliniczne ustalone, aczkolwiek powinowactwo ich do stanów psychopatycznych nie ulega wątpliwości. Mówiąc o psychopatjach będę miała na myśli wszelkie zboczenia psychiczne wieku dziecięcego, nie dające się ująć w ramy żadnej określonej postaci klinicznej, a więc typy opisane przez Kraepelina, jako podniecone, popędliwe, niestałe, przygnębione, pieniackie, dziwaczne i t. d. i t. d.

Wobec tego, iż charakterystyka każdego poszczególnego typu— nie ujmowałaby syntezy—dążeniem niniejszej pracy będzie wykazanie wpływu psychopatji na poszczególne cechy psychiki dziecka.

Jak zaznaczyliśmy we wstępie, psychopatja ustrojowa spotyka cię często u osobników o inteligencji normalnej, wyprzedzającej nawet swych rówieśników. Mimo to postępy tych dzieci w szkole nie są równomierne, uczą się one okresami, to prześcigając klasę, to pozostają za nią w tyle. Uzdolnienia tych dzieci są wybitnie jednostronne, nie mając jednak charakteru uzdolnienia jednostronnego dziecka normalnego, które zaniedbuje wprawdzie niektóre przedmioty szkolne, ale dąży wytrwale do pewnego określonego celu, wnosząc niejednokrotnie w swą pracę duży pierwiastek twórczości i samodzielności. Przeciwnie — młody psychopata nawet w zakresie w którym wykazuje wybitne wprost zdolności — nie ma cierpliwości do pracy wytrwałej i załamuje się bardzo szybko, czem się tłumaczy, że z tak zwanych „dzieci cudownych" nie wyrastają za-

zwyczaj genjalni artyści. Młodociany psychopata o fenomenalnych wprost zdolnościach do muzyki nie chce się uczyć nut i unika fortepianu z tą samą uporczywością, z jaką dawniej spędzał przy nim całe dnie.

Niezwykłe zdolności mnemotechniczne niektórych psychopatów ograniczają się do zapamiętywania cyfr, dat, (chodzące kalendarze), rozkładów pociągów całej Europy. Pamięć psychopatów jednak nie ma cechy pewności, ani trwałości, z nagromadzonym zaś materjałem nie umieją sobie radzić. Te same zaburzenia stwierdza się i w dziedzinie uwagi, szczególnie u psychopatów o nadmiernej pobudliwości ruchowej. Hyperprosezia z brakiem koncentracji, nieopanowanie popędów rnchowych, przeskakiwanie z tematu na temat, przypominające istotną gonitwę wyobrażeń — uniemożliwiają psychopatom pobyt w szkole i czynią z nich materjał uczniowski w wysokim stopniu uciążliwy.—Największe zaburzenia uwagi wykazują cykloidzi.

W dziedzinie kojarzeniowej uderza fakt charakterystyczny, że skądinąd dzieci zdolne, nie wykazujące głębszego upośledzenia w poszczególnych dziedzinach psychiki — nie są w stanie objąć większego procesu psychicznego. U niektórych dzieci ta ociężałość myślenia jest wprost charakterystyczna. *Heller* opisuje specjalną postać psychopatji, z oligofrenją nie mającą nic wspólnego, ani z otępieniem umysłowem. W szkole mimo to są uważane te dzieci za uczniów bardzo niezdolnych. Długa reakcja myślowa sprawia, że dzieci te nie potrafią przystosować się do tempa klasy i wymagają bezwzględnie indywidualnego nauczania. Miałam możność zbadać ostatnio dwóch braci, uczniów I klasy gimnazjum —opinja szkoły głosiła, że jeden jest wybitnie zdolny, drugi nadaje się do szkoły specjalnej, jako zacofany umystowo. Iloraz inteligencjł wykazai dla obydwóch 1·07, lecz podczas, gdy młodszy był dzieckiem o temperamencie bardzo żywym, inteligencji lotnej, drugi wskutek ruchów ociążałych, powolnych, małorozczłonkowanych, wydłużonej reakcji myślowej sprawiał istotnie na pierwszy rzut oka wrażenie debila.

Chłopczyk ten, który w szkole zupełnie nie czynił żadnych postępów obecnie uczy się znakomicie pod prywatnym kierunkiem specjalisty.

Jednym z ważniejszych przejawów psychopatji dziecięcej jest kłamstwo chorobowe, które od dawna zajmuje psychologów.

Według *Siefferta* na kłamstwo to składa się kontrast między siłą wyobraźni, a realną produktywnością intelektu dziecka. *Stein* określa, że kłamstwa, to są świadome wypowiedzi zmierzające do wprowadzenia w błąd innych, dla osiągnięcia pewnego celu; wpro-

wadza więc w to określenie czynnik bezwzględnie utylitarny. *Homburger* odróżnia kłamstwo istotne od rzekomego w zależności, czy dziecko wierzy w to, co mówi, czy nie. *Cimbal* rozróżnia u dziecka nerwowego kłamstwo z potrzeby (Notlüge), jako wypływające z popędu samozachowawczego, i kłamstwo ze strachu (Angstlüge) spowodowane potrzebą zamknięcia się w sobie, odejścia od ludzi, analogiczne w swej strukturze psychicznej do ucieczki z domu, szkoły, a nawet z życia. Kłamstwo to spotyka się po głębokich urazach psychicznych, konfliktach, szczególnie na tle seksualnem.

Opisana przez *Delbrücka* pseudologja fantastyczna, podstawową cechą psychopatji ustrojowej, przybiera rozmaite postacie.

Kłamstwa niektórych dzieci są wyłącznie wytworem ich wyobraźni, nie mają z życiem realnym nic wspólnego, są one zabarwione egocentrycznie, charakter ich jest impulsywny, w kłamstwach tych dziecko zwykle odgrywa jakąś dominującą rolę. Są one poniekąd hyperkompensacją niepowodzeń życiowych małego osobnika.

W innych wypadkach dzieci, kłamiąc, wprowadzają w grę osoby i fakty istotne, z któremi się stykają, ale odnosi się wrażenie, że zniekształcając rzeczywistość, czynią to może nieświadomie, w każdym razie bez chęci przyniesienia szkody. Ośmioletnia psychopatka opowiada z całem przejęciem o śmierci matki. Gdy po chwili matka się zjawia, a zdumione otoczenie czyni jej wymówki, tłumaczy się z całym spokojem: „Cóż to szkodzi, to się omyliłam".

Wręcz odmienne cechy mają kłamstwa wyrafinowane, będące przejawem upośledzenia moralnego, — są one złośliwe, mają na celu przyniesienie komuś szkody, wyrządzenie krzywdy, rzucenie potwarzy. Delikwent obmyśla je, przygotowuje się do nich, kontroluje wyniki, słowem kłamie z całą świadomością i odczuwa z tego tytułu dużą przyjemność.

Do zupełnie innej kategorji kłamstw histerycznych należy zaliczyć zeznania fałszywe dziewcząt, przeważnie podnieconych seksualnie, których podłożem jest podświadoma chęć zwrócenia na siebie uwagi.

Przewodnią nicią która przewija się przez wszystkie postacie konstytucji psychopatycznych, jak słusznie podkreśla *Scholtz*, jest *nierównomierność* w rozwoju poszczególnych władz psychicznych, a przedewszystkiem *dysharmonja* między dziedziną afektu, a intelektualną.

Uczucia dzieci psychopatycznych uderzają swą zmiennością niczem niemotywowaną; doszukiwać się logiki w ich postępowaniu niepodobna. Przed chwilą wesołe, pogodne, rozbawione, pełne energji i inicjatywy, pod wpływem najbłahszego powodu, a często bez

uchwytnego powodu, porzucają zabawę, dąsają się, płaczą, zatracają energję, zdolność do pracy. Nastroje takie mogą trwać od kilku chwil względnie przeciągać się nawet na tygodnie.

Na zmianę nastroju składać się mogą zjąwiska, jak pogoda, a szczególnie ciśnienie atmosferyczne, na które młodzi psychopaci są wyjątkowo wrażliwi. — Obserwując młodocianych psychopatów odnosi się wrażenie dwubiegunowości ich psychiki. Podkreślają to wszyscy autorzy, zarówno *Kretschmer*, wprowadzając określenie *Psychestetische* i *Stimmungsproportion* dla schizoidów i cykloidów, jak Minkowscy mówiąc o *proportion affectivo cumulative* przy konstytucji gliskroidalnej.

Ciekawym przykładem ambiwalencji uczuć jest 13-letnia dziewczynka, która pisze ordynarny, pełen kłamstw list do właścicielki domu publicznego, zapraszając ją do swej instytucji, jako koleżankę, a zarazem bawi się, jak małe dziecko laleczką, otrzymaną na własną prośbę.

Przejawem życia uczuciowego psychopatów są stany gwałtownego nasilenia przeżyć afektywnych znane pod nazwą afektu patologicznego.

Powstają bez przyczyny, lub z powodu przyczyn znikomych, a przebiegają z silnem nasileniem, dochodzącem do zamroczenia świadomości.

Znanym jest szał gniewu młodego psychopaty, gdy nieprzytomny ze złości tarza się po podłodze, kopie, gryzie, obrzuca otoczenie ordynarnemi słowami, ściąga serwetę z nakrytego stołu i tłucze talerze, wyrywa sobie włosy, okłada się pięściami.

Ważniejsze znaczenie mają afekty lęku, połączone niekiedy z urojeniami, omamami zmysłowemi, a nawet objawami natręctw myślowych. W świetle nowoczesnej nauki o nerwicach podłoża tych stanów lękowych, a nawet afektu gniewu, należy szukać w utajonych w podświadomości urazach. Ośmioletnia dziewczyuka, maltretująca cały dom napadami istnego szału, przyznała się podczas psychoanalizy, że działała tak pod wpływem natrętnej myśli, iż póki tak będzie się awanturować, rodzice będą żyli. (*G. Bychowski).*

Objawy natręctwa myślowego należą do objawów dość częstych, aczkolwiek nie zawsze rozpoznawalnych, dzieci bowiem niechętnie naogół ujawniają przymusowość swych działań. Natręctwa te o niezmiernej uporczywości nie mają często nic wspólnego z treścią przeżyć dziecka. Są to bądź myśli narzucające się stale świadomości lub natręctwa lękowe (obawa dotyku przedmiotów z powodu możliwości zarażenia się, obawa jedzenia z powodu ewentualnego

zatrucia etc.), lub też niesłychanie przykre stany natręctw, które możnaby nazwać pokusą do złego uczynku. 14-letni psychopata podchodzi w nocy do łóżka matki z nożem i przyznaje, że od wielu miesięcy, gdy się tylko kładł do łóżka nie dawała mu spokoju myśl, że musi matkę zabić: walczył ze sobą, ale musiał to uczynić, gdyż więcej nie mial siły. Chłopca tego obserwuję od kilku lat. Uspokoił się, żadnych objawów psychicznych nie stwierdza się.

Strohmayer wykazuje na całym szeregu przykładów, jak tego rodzaju natręctwa myślowe przekształcają się w natręctwa czynu, przedewszystkiem natręctwo najczęstsze — natręctwo wątpliwości (Zweifelsucht). Dotknięte niem dzieci wykonywują szereg obojętnych czynności, zamęczając się wątpliwościami, czy nie została popełniona jakaś niedokładność. Są to dzieci stwierdzające wielokrotnie, czy wrzuciły dobrze list do skrzynki, myjące bez końca ręce, w obawie, że się zabrudzą, zaczynające chodzić od prawej nogi, licząc numery domów, tramwaje etc.

U dzieci tych wytwarza się zabobonny lęk, że o ile zaniechają tych natrętnych czynności—mogą spowodować nieszczęście. *Sterling* cytuje chłopca, który tylko wtedy wychodził na ulicę, o ile obszedł przedtem pięć razy stół w jadalni.

Na tem samem tle objawia się u dzieci przymusowa pedantyczność i skrupulatność. Nieszczęśliwe z powodu każdej plamki zamęczające otoczenie troską o swe rzeczy, które muszą leżeć w pewnym określonym porządku, jadające potrawy tylko w porządku alfabetycznym (*Strohmayer*), dzieci te poza patologiczną pedanterją wykazują wybitną wstydliwość i nieśmiałość. Znaną jest teorja *Freuda*, który w objawach tych widzi podświadome tłumienie popędów płciowych i twierdzi, że z psychopatów tej kategorji wyrastają osobnicy o zahamowanej czynności seksualnej.

Omawiając strukturę psychiczną psychopatów, największą uwagę musimy zwrócić na najpotężniejszy czynnik, a mianowicie popędy i instynkty. Między pożądaniem, a wyładowaniem energji aby dopiąć celu nie ma czasu na zastanowienie się, namysł.

Czyny psychopatów są bezpośrednią konsekwencją afektu, natręctwa, pożądania przy świadomości przeważnie zachowanej, czasem zamroczonej. Zależnie od typu steniczno—afektywnego, czy astenicznego—podłożem czynu będą instynkty steniczne, jak głód, popęd płciowy, chciwość, ciekawość, potrzeba wyżycia się (Sichausleben), lub popędy asteniczne, jak obrzydzenie, obawa, czułość.

Ponieważ instynkty są właściwością biologiczną *(Burt Ewald)* więc i czyny, które powodują, byłyby następstwem sił wrodzonych

i oddziedziczonych. Najczęstszym przejawem popędowego działania są ucieczki młodych psychopatów, wynikające czy z afektu, czy też będące wynikiem nurtującej ich dysforji. Ucieczki te cechują się bezplanowością, młody psychopata nie jedzie, jak normalne dziecko w podróż do Ameryki lub na zwiedzenie świata, lecz ucieka z domu nagle, natychmiast, często w bieliźnie, bez pieniędzy wałęsając się bezplanowo, potęguje w sobie afekt gniewu i jest szczęśliwy, gdy go policjant przyprowadza do domu.

Lecz najlepsze warunki domowe i zakładowe nie mogą zapobiec, by młody osobnik nie ponowił swej próby ucieczki po pewnym czasie. Życie spokojne, unormowane jest dla psychopaty zbyt ciężkie do zniesienia, aby w swej żywiołowej potrzebie swobody nie sprobował się z niego wyłamać,

Nieco inny charakter noszą ucieczki włóczęgów ustrojowych. Mają one pewną podstawę: młody włóczęga zupełnie świadomie i szczerze przyznaje, że nie może usiedzieć w domu, bo musi iść w świat; przyznaje, że go coś ciągnie. Jeden z mych pacjentów od kilku lat wszedł w porozumienie z kierownikiem szkoły; na początku wiosny, gdy się tylko ociepli — wyrusza na wędrówkę — ale na początku roku szkolnego zjawia się stale i uczy przykładnie.

W przypadkach tych najczęściej można wykryć obarczenie dziedziczne w tym kierunku. Popęd do włóczęgostwa obserwowałam u dzieci począwszy od lat 6. znacznie częściej u chłopców niż u dziewcząt.

Znacznie częstszym, niż włóczęgostwo, jest u dzieci psychopatycznych popęd do kradzieży. Na kradzież dziecięcą składa się tyle czynników, są one tak zależne od warunków społecznych, środowiska, wychowania, nieuświadomienia sobie przez dzieci pojęcia własności, że należy się w motywach bardzo ostrożnie doszukiwać podłoża psychopatycznego. Na podstawie jednak blisko sześcioletniej współpracy mej z Sądem dla nieletnich w Warszawie, stwierdzam coraz częściej, że o ile jednorazowe kradzieże zdarzają się niezmiernie często u dzieci normalnych, to jednak kradzieży nałogowych dopuszczają się przeważnie psychopaci. Do kradzieży tych niewątpliwie przyczynia się niepohamowana namiętność kolekcjonowania, nie oparta na żadnem głębszem zainteresowaniu, ale poprostu dla potrzeby zbierania, namiętność do pewnych gier, sportów, zabaw. Nie umiejąc zapanować nad swą żądzą, młody psychopata łatwo ulega pokusie. Najbardziej nastanawiające są kradzieże, które noszą jakby cechę przymusowości. Mam w obserwacji cały szereg dzieci, kradnących bynajmniej nie z potrzeby, ale poprostu dlatego,

że nie mogą się od kradzieży powstrzymać. Dzieci te przeżywają istne męczarnie, pragną się poprawić, ale nie mają dość siły woli, by się przezwyciężyć. Twierdzenie, że na dziecinne kradzieże składają się li tylko przyczyny zewnątrzpochodne i że je można wykorzenić, usuwając dziecko z nieodpowiedniego środowiska, wydaje mi się bardzo ogólnikowe i pochopne. Cały szereg dzieci kradnie nałogowo od najwcześniejszego dzieciństwa (3 lata, 5 lat i t. d.) i kradzieże ich są przejawem głębokiego psychopatycznego usposobienia.

Popęd płciowy odgrywa w życiu młodych psychopatów bardzo ważną rolę. W najwcześniejszem dzieciństwie stwierdza się u dzieci skłonność do uporczywej masturbacji, której się oddają często zupełnie jawnie.

Nadmierna czułość między dziećmi i dorosłymi, tulenie się, pieszczoty, chęć przebywania w pokoju dorosłych, aby podpatrzeć ich przy ubieraniu się, nie są niczem innem tylko zamaskowanym erotyzmem; jak również — lubowanie się w czynnościach wstrętnych (bawienie się ekskrementami), nierzadko spotykane u małych dzieci. W wieku szkolnym występują gwałtownie przyjazne uczucia między dziećmi tej samej płci lub w stosunku do nauczycielek. Masturbacja, która u dzieci normalnych zazwyczaj jest krótkotrwałą—nie poddaje się żadnemu wpływowi leczniczo-wychowawczemu. Hyperhedonja płciowa znajduje swój wyraz w zamiłowaniu do ordynarnych wyrażeń, aluzji, w brutalnych napaściach, przedwczesnej prostytucji.

Czteroletnia moja pacjentka lubowała się w nieprzyzwoitych ruchach i aluzjach, tak przykrych, że wprawiała otoczenie w zakłopotanie. 16-letnia dziewczynka z inteligentnej rodziny przyjeżdża z Ciechanowa do Warszawy, aby uprawiać prostytucję wyłącznie z zamiłowania, nie bierze bowiem nigdy zapłaty.

Podniety płciowe powstają nietylko na drodze autoerotyzmu; znany jest bliski związek między afektem strachu a płciowością. Liczne przypadki wyleczenia pavorno ctnrnus i innych stanów nerwicy lękowej za pomocą psychoanalizy, która ponad wszelką wątpliwość ustaliła podłoże chorobowego stanu — obalają wszelkie niedowierzania w tym kierunku.

Ból może również wywołać przebudzenie się popędu płciowego, a szczególnie kary cielesne. W chęci zasłużenia na chłostę, należy szukać przyczyn wielu odczynów psychopatycznych.

Z perwersji płciowych najczęściej się obserwuje sadyzm. Homoseksualizm wśród dzieci występuje o ile są ku temu sprzyjające warunki, jak życie klasztorne, internaty. Niezmiernie ciekawe fakty przytacza *Hoche* o stosunkach miłosnych między wychowankami

szkoły klasztornej, gdzie rolę kochanków odgrywali uczniowie wyższych klas, a kochanek — niższych.

Najczęstszą postacią zamaskowanego erotyzmu jest nadmierna pruderja, dopatrująca się wszędzie dwuznaczników i wygórowana żarliwość religijna, gdzie popęd płciowy znajduje sobie ujście w sublimowaniu pragnień cielesnych.

Lazar podkreśla, że o ile u typów niestałych o usposobieniu cykloidalnem seksualne podniecenie odgrywa bardzo małą rolę, gdyż mają one dużo możliwości wyładowania swej energji, o tyle stwierdza się wybitny erotyzm u dzieci i młodzieży, dotkniętych stanami depresyjnymi; nurtująca te dzieci dysforja szuka sobie drogi ujścia i najczęściej wyładowuje się w wykroczeniach seksualnych.

Najbardziej upośledzoną dziedziną psychiki nieletnich psychopatów wydaje mi się dziedzina woli; odnosi się wrażenie, jakoby pod wpływem czynnika chorobotwórczego uległa ona specjalnemu zanikowi. Postępki dzieci psychopatycznych nie są następstwem pewnych zamierzonych postanowień, lecz wynikiem nastrojów, afektu. Dziecko samo przyznaje się, że nie wie dlaczego postąpiło tak, a nie inaczej. Niektóre dzieci stają się niezmiernie nieśmiałe, zatracają do siebie zaufanie, wytwarza się w nich męczące i podkopujące ich osobowość uczucie zmniejszonej wartości *(Minderwertigheitsgefühl Adlera)*, Dzieci te ulegają bezkrytycznie wpływom osobników silniejszych, oraz nakazom cudzej woli, przejmują nawet często sposób myślenia, mówienia i zachowania się swego otoczenia.

Najbardziej rzuca się w oczy pierwiastek niestałości i braku woli u psychopatów opisywanych przez szkołę francuską jako *instables*, przez niemiecką, jako *haltlos*. Są to przeważnie typy cykloidów dziecięcych, u których usposobienie syntoniczne występuje w najwcześniejszem dzieciństwie. Wobec niedostatecznego rozwoju czynników hamujących, pierwiastek niestałości bierze górę. Wszelkie wysiłki wychowawcze spełzają wobec tych dzieci na niczem, albowiem młodociany osobnik przeciwstawia silnej woli wychowawcy bierny opór, inercję, którą trudno pokonać.

Niepohamowanie popędów—atrofja woli, bezkrytycyzm, nieumiejętność poddania swych czynów logicznej krytyce, powodują, że nieletni psychopaci spotykają się tak często na ławie oskarżonych w sądzie dla nieletnich. Na 300 dzieci, zbadanych w warszawskim sądzie dla nieletnich stwierdziliśmy w 180 przypadkach zmiany psychiczne.

Często mieliśmy do czynienia z debilizmem czystym, przeważały jednak te przypadki, gdy oligofrenja kojarzyła się ze stanami

psychopatycznemi. Najczęstszymi typami psychopatów, któreśmy mieli możność zaobserwować, byli t. zw. *instables* — przeważnie cykloidzi, element dzięki swej strukturze psychicznej niesłychanie aspołeczny, o ile występuje skojarzony z temperamentem czynnym, używany, zaś, jako narzędzie wykonawcze przez osobników silniejszych, o ile przejawia się u osobnika typu biernego. Wyrzucany zazwyczaj ze szkoły z III, IV oddziału za wagarowanie, nieodrabianie lekcyj, zakłócanie spokoju, chłopiec ulega rozkładającemu wpływowi ulicy, dobiera sobie najgorsze towarzystwo i szybko dostaje się do sądu za pierwszą kradzież. Pierwszy kontakt z sądem, który na normalne dziecko wywiera głęboki wpływ i wystarcza zazwyczaj, aby je doprowadzić do opamiętania się, nie czyni na chłopcu żadnego wrażenia. Rozpoczyna się poszukiwanie zajęcia, wybór zawodu. Nie zdradza żadnego zamiłowania żadnego zainteresowania. Miewa moc fantastycznych planów, których nigdy nie realizuje. Znałam młodego chłopca, który w ciągu roku był na 22 posadach. Napomnienia, perswazje rodziców, opiekuna sądowego, podniecają tylko chłopca, który pod wpływem gniewu, dysforji, nie mogąc się uporać sam z sobą, ciągle w poszukiwaniu nowych wrażeń, szuka ratunku w coraz częstszych ucieczkach, kradzieżach, aż się dostaje, jako recydywista do zakładu poprawczego lub więzienia i stacza się coraz dalej po pochyłej równi. Z osobnikami tymi, dzięki ich otwartemu, szczeremu usposobieniu łatwo jest wejść w kontakt. Żałują bardzo swych czynów, martwią się, że przyczyniają tyle trosk rodzicom, mniej świadomi obiecują poprawę, więcej świadomi — zdają sobie sprawę, że im nie wystarczy energji na zrealizowanie obietnicy.

Do aspołecznych typów psychopatów należą również pieniacze; stałe doszukują się krzywdy, szukają zaczepki, ktoś im ubliżył, ktoś zadrasnął ich godność osobistą. Mają wieczne zatargi z władzami, z przełożonym, prawują się, nie mogą na żadnejp osadzie zagrzać miejsca. Wśród nieletnich przestępców spotyka się ich często.

Wybitnie aspołeczną jednostką jest psychopata obarczony zwyrodnieniem moralnem. Dzieci te posiadają wprawdzie abstrakcyjne inintelektualne pojęcia etyczne, ale uczuciowo pojęcia te u nich są niepobudliwe. „Jest to widzenie abstrakcyjne, ale nie owocujące widzenie" według wyrażenia Żeromskiego, które stanowi podstawę uczuć altruistycznych i postępków etycznych. *Sterling* twierdzi bardzo obrazowo, że „dzieci te są dotknięte „daltonizmem psychicznym", ma się bowiem do czynienia z nienormalną czynnością chorobliwego ukształtowanego

mózgu, która powoduje przemieszczenie wartości afektywnych, oraz zamianę normalnych reakcji psychicznych przez czynności, które z punktu widzenia społecznego mają charakter anormalnych.

Przystosowalność społeczna tych osobników jest znikoma. *Boncour i Philippe*, którym zawdzięczamy najlepszą statystykę, tyczącą się przystosowalności społecznej oligofreników i psychopatów, gdyż prześledzili dalsze losy życia swych pacjentów w ciągu dwudziestu omal lat, dochodzą do przekonania, że typy *instables i moral insanity* przystosowują się najgorzej i są w znacznie większym stopniu ciężarem społeczeństwa niż nawet głuptacy.

Każdy odczyn psychopatyczny bez względu na to, czy spowodował kolizję z prawem, czy nie—zasługuję na uwagę, jeśli się chce ująć całokształt osobowości pacjenta, nietylko poszczególne jej przejawy. Obarczenie dziedziczne, konstytucja, czynniki socjalne są to wartości, niewystarczające nowoczesnemu pedagogowi lub lekarzowi dla ustalenia rozpoznania i wciśnięcia dziecka w tę czy inną kategorję lub rubrykę. Wobec nieletnich psychopatów mimowoli nasuwa się na myśl powiedzenie Meyera: „Ich bin kein ausgeklügelt Buch, ich bin ein Mensch mit seinem Widerspruch".

Ile odczynów tyle przyczyn, a raczej wieleż przyczyn składa się na to, by sobie znaleźć ujście w ten, czy inny sposób.

Któż nie zna kaprysów nerwowych dzieci w chwili, gdy mają się udać na spoczynek. Głębsza analiza wykazuje, że na krzyki i płacze składała się podświadoma nerwica lękowa, obawa przed ciemnym pokojem.

Jeden z mych pacjentów codzień wieczorem doprowadzał przez swe napady wściekłości personel do rozpaczy. Zupełnie przypadkowo uczyniliśmy spostrzeżenie, iż ten silny, przedsiębiorczy, energiczny chłopak boi się własnego cienia i chce, stwarzając przykre sytuacje odwrócić uwagę wychowawców i uniknąć posyłania go do ogrodu.

Liczne przykłady konfliktów z rodzicami, ze szkołą, odczyny aspołeczne na tle poczucia mniejszowartościowości, względnie hyperkompensacji tego uczucia, są wymownym dowodem, że po za metodami lekarskiemi, należy w każdym poszczególnym przypadku uciec się do metod bardziej subtelnych; postarać się rozwikłać wielce skomplikowańą strukturę psychiczną.

Niepomierną zasługą *Freuda* było wprowadzenie pojęcia podświadomości i jego zdecydowane stanowisko, jakie zajął wobec zagadnienia płciowego u dzieci. Pojęcia sadyzmu, natręctw, stanów przymusowych, lękowych, znajdują wyjaśnienie dopiero w świetle jego nauki. To też w Zakładzie Poprawczym St. Andrea pod Wie-

dniem zamiast zamykać bramy dyrektor *Aichborn* stosuje psychoanalizę i osiąga u dzieci wykolejonych, wśród których jest, jak wszędzie, niewątpliwie duży odsetek psychopatów—świetne wyniki wychowawcze.

Adler, wprowadzając pojęcie mniejszowartościowości i zmniejszonej wydolności organizmu, odrzuca teorję Freuda, jakoby dźwignią życia psychicznego było jedynie libido i wnosi nowe światło w ciemne zakątki psychiki dziecka. W koncepcji swej o wyimaginowanej przewodniej linji życia, doszukuje się tłumaczenia i usprawiedliwienia wielu czynów, dotyczas niezrozumiałych.

Wskutek wytworzonego przez się uczucia mniejszowartościowości czy to na podłożu psychopatycznem, czy na skutek urazów psychicznych, osobnik podświadomie szuka rekompensaty w innej dziedzinie. Nie zawsze mogąc znaleźć ujście odpowiednie dla swej energji, stwarza sobie rekompensatę, a nawet hyperkompensację fikcyjną. Im bardziej osobnik psychopatyczny żyje życiem wewnętrznem, im mniej się asymiluje ze swem otoczeniem, tem łatwiej stwarza sobie pojęcie innego życia i podciąga pod nie wszystkie zjawiska rzeczywiste, zatraca niebawem poczucie rzeczywistości, kroczy po tej wyimaginowanej linji życia.

Zasługa psychologji indywidualnej polega na tem, że pozwala ona dociec na czem polega owa linja wyimaginowana, jakie czynniki złożyły się na jej powstanie i zrozumienie jej genezy; może wytłumaczyć podłoże wielu niezrozumiałych odruchów; przywrócenie zaś młodego osobnika do świata rzeczywistego przyczynia się doutrwa lenia w nim poczucia własnej wartości.

W głębokim optymiźmie, który cechuje jego kierunek filozoficzny, *Adler* zrywa zupełnie z tradycyjnem pojęciem o „uszkodzeniu zarodka", jako faktem dokonanym, nie mogącym ulec zmianie; nie uznaje i dziedziczności psychicznej; w każdej jednostce, nawet najbardziej psychopatycznej są możliwości odrodzenia i rozpoczęcia życia na nowych podwalinach.

To też zrozumiałem jest, że pogodna, przepojona głębokiem umiłowaniem przedmiotu, teorja *Adlera* znalazła głęboki oddźwięk w szerokich sferach pedagogów i skupiła koło mistrza rzesze entuzjastów,

Mając możność zwiedzić zakład poprawczy w Eggenburg, stwierdziłam naocznie, że metoda ta zastosowana do nieletnich psychopatów, którzy wskutek poważnych konfliktów z prawem, znaleźli się na ławach sądowych, daje wyniki znakomite. Znamiennym faktem jest, że do chłopców tych dyrektor *Heeger* nie stosuje żadnej

kontroli, żadnej kary, żadnego przymusu. Stosunek jego do wychowanków oparty jest na najdalej idącem zaufaniu i rozbudzeniu godności własnej.

Utrwalił mi się szczególnie w pamięci 16-letni chłopiec — syn znanego inżyniera—wypędek z czterech szkół, przysłany do Eggenburga z rozpoznaniem moral insanity, postawionem przez wybitną sławą naukową. Od najwcześniejszego dzieciństwa okrutny, zły — chłopak ten zamęczał otoczenie. W szkołach deprawował uczniów i za bezczelnie kradzione pieniądze fundował im rozmaite przyjemności i zapoznawał z najgorszemi spelunkami. W Eggenburg *Heeger* w ciągu dwu miesięcy obserwował chłopca, nie stawiając mu żadnych wymagań. Po dwu miesiącach zaproponował mu, aby objął stanowisko naczelnego redaktora pisma młodzieży i zużytkował w ten sposób swe niepospolite zdolności dziennikarskie. A po upływie kilku miesięcy chłopak, wybitnie zamknięty w sobie typ parnoika, przyznał się, że wszystkie jego czyny były odwetem za kalectwo, któremu uległ we wczesnem dzieciństwie, że musiał czemś zaimponować kolegom, że chciał mieć władzę nad nimi, że rozkosz mu sprawiało uczucie bezgranicznej pogardy, gdy szli za jego pieniądze do dziewczyn. Dziś zrozumiał, że można osiągnąć pierwszeństwo odmienną drogą i znalazł swą linję życia. Chłopiec przebywa w Eggenburgu od trzech lat (na własną prośbę) i nigdv nie dał powodu do najmniejszego zatargu.

Na podstawie dłuższego obserwowania nieletnich przestępców i dzieci trudnych do prowadzenia pragnęłabym podkreślić z całym naciskiem, że ustalenie, czy ma się do czynienia z psychopatją ustrojową, czy też z odruchem wywołanym przez czynniki zewnętrzne, podświadome, tłumione — należy do najtrudniejszych zagadnień. Niejednokrotnie musieliśmy ustalić rozpoznanie dopiero po kilkoletniej obserwacji dziecka. Szczególnie tyczy się to dzieci, u których pod wpływem fatalnych czynników psychicznych wytwarzają się wybitne spaczenia charakteru o odcieniu schizoidalnym (negatywizm, skrytość, brak afektywności); typy te nastręczają czasem duże trudności rozpoznawcze. Najczęściej zresztą ma się do czynienia z postaciami mieszanemi, na ustrój psychopatyczny nawarstwia się szereg czynników zewnętrznych, które można zgłębić przez gruntowną znajomość dziecka i obcowanie z niem na terenie zakładu, poradni—nigdy w warunkach domowych. Byłoby niesłychanie błędnem mniemanie, gdybyśmy, po doszukaniu się cech psychopatji, dali za wygranę. Udawało nam się otrzymywać doskonałe rezultaty leczniczo-wychowawcze u głęboko psychopatycznych jednostek, któ-

rym wyjaśnialiśmy bezpodstawność ich przygnębienia, dysforji, natręctw i t. d.

Wydaje mi się, że najważniejszem zadaniem psychopatologa nowoczesnego jest, żeby rozumiał, iż nie ma czystej psychopatji i jednostek eo ipso zwyrodniałych, lecz są bardzo skomplikowane mechanizmy psychiczne, które trzeba z całem zrozumieniem, umiejętnością i cierpliwością rozwikłać, jeśli się chce mieć wyniki dodatnie.

Nowoczesna pedagogja lecznicza wyodrębniając poszczególne postacie kliniczne dzieci anormalnych, stara się odnaleźć związek między budową cielesną a predyspozycją psychiczną.

Nie będę tu zastanawiała się nad powszechnie znanemi pracami *Kretschmera*, pragnęłabym jednak podkreślić to, co z nauki jego zostało zastosowane do wieku dziecięcego. Niektórzy autorzy, jak *Coerper*, *Lederer* dochodzą do przekonania, że typy konstytucyjne są zaznaczone już u niemowląt i że już u nich i tnieje związek między konstytucją fizyczną, a odrębnościami psychicznemi.

Podkreśla ten pogląd *Hoffman*, twierdząc, iż w studjum dynamiki osobowości należy przedewszystkiem uwzględnić wiek dziecięcy.

Każdy człowiek według *Hoffmana* opisuje pewną krzywą rozwoju w swem życiu: mogą nastąpić w każdym okresie pewne osobliwości, ale zasadniczy kierunek jest zachowany.

I u dzieci można mówić o pewnym zasadniczym kierunku w rozwoju ich psychiki, ogólna struktura psychiki może ulec zmianom, ale tylko w granicach danej konstytucji.

Aczkolwiek badania *Kretschmera* bardzo zainteresowały psychopatologów dziecięcych, jednak do chwili obecnej nie opracowano jeszcze tablic, na podstawie których możnaby z pewnością zaliczyć dziecko do takiego czy innego typu konstytucyjnego. Tłumaczy się to tem, że budowa dziecka, ulegając stale zmianie, wprowadza często w błąd, w okresie pokwitania np. większa część dzieci ma wygląd leptosomików, aczkolwiek ścisłe badania i pomiary pozwoliłyby ustalić nawet i w tym okresie istotny typ konstytucyjny, pozatem cechy psychiczne dzieci ulegają okresowym zmianom, związanym z okresami rozwoju psychiki, co przyczynia się do zaciemnienia obrazu osobowości dziecka.

Badania Kretschmerowskie znalazły dotychczas małe zastosowanie w pedagogji leczniczej, z tem większem zaciekawieniem należy odnieść się do prób *Lazara*, podjętych w tym kierunku. *Lazar* opisuje selekcję prreprowadzoną w zakładzie wychowawczym Ober-

hollabrunn pod Wiedniem. Pragnąc grupować dzieci na pewnej podstawie psychologicznej oparto się o psychogramy, w których zwrócono uwagę na pewne rysy charakteru, niezależnie od tego, czy występowały one n psychopatów, czy nie. Po przeprowadzonej w ten sposób selekcji, stwierdzono ze zdumieniem, że grupy dzieci sprawiały bardzo estetyczne wrażenie, gdyż budowa ciała ich należała do jednego typu konstytucyjnego.

Wychodząc z innego punktu założenia rozsegregowano więc dzieci na podstawie Kretschmerowskich typów z wynikiem wychowawczym b. dodatnim.

Zachęceni tymi wynikami *Lazar i Feldner* przeprowadzili w zakładzie wychowawczym dla dziewcząt selekcję, opartą również na tych samych zasadach, przyczem *Feldnerowi* udało się wyodrębnić typ virago zupełnie wyróżniający się swym charakterem zaborczo-seksualnym od innych dziewcząt. *Feldner* określa typy dziewcząt, jako puerylne (t. j. mało pobudzone seksualnie), dziewicze i postacie virago, przyczem wyraża przypuszczenie, że w konstytucjach tych przemożny wpływ wywierają czynniki wewnątrzwydzielnicze.

W zakładzie wychowawczo-poprawczym na 500 chłopców w Eggenburg pod Wiedniem od dwu lat stosuje się stale selekcję według typów Kretschmera i, jak zapewnia dyrektor dr. Heeger, rezultaty wychowawcze nie dają się porównać z poprzednimi.

Kretschmer ustalił w swych pracach korelację między schizofrenbercją, schizoidalnem usposobieniem z jednej strony, a leptosomicznym, względnie dysplastycznym typem budowy z drugiej strony, jako też między psychozą szałowo-posępniczą i charakterem cykloidalnym, a typem pyknicznym.

Bardzo ciekawe badania *Gurewicza* i jego szkoły (*Oserecki, Ossipowa, Isslin, Rawitscher* i inni) wykazują, że pewne typy psychiczne po za swoistą konstytucją cechują się i swoistemi właściwościami dynamicznemi, mającemi nie mniejsze znaczenie konstytucyjne.

Typ pykniczny np. wykazuje ruchy zgrabne, wycelowane, dobrze dostosowane, pewne; leptosomik rzuca się w oczy ruchami apatycznymi, słabymi, niezgrabnymi, nierozczłonkowanymi, o dużej ilości ruchów współczynnych. Atletyk porusza się szybko, pewnie; ruchy są ostre, kanciaste i dobrze wycelowane, gdy idzie o duży rozmach — niezgrabne, gdy należy wykonać czynność precyzyjną. *Homburger* omawiając cechy dynamiki dziecięcej, wyraża pogląd, że wyobraźnia dziecka ma do swobody jego ruchów tak samo ścisłe powinowactwo, jak jego samopoczucie, które wywołuje odpowiedni

nastrój, to też jest zrozumiałem, że głębokie przewartościowanie psychiki, jakie następuje w psychopatjach schizoidalnych znajduje sobie wyraz i w skrępowanych odpowiednio ruchach.

Omawiając tak zw. „Przełom motoryczny" *Homburger* podkreśla, iż w okresie pokwitania, stwierdza się te same objawy ruchowe, co u schizofreników i traktuje je jako zmiany układu pyramidalnego, przejściowe dla okresu pokwitania, stałe dla schizofreników. Twierdzenie to potwierdzają szczegółowe badania *Sucharewej*: niedostateczność ruchowa, ubóswo mimiki, pewne zaburzenia mowy i głosu, wskazują zdaniem tej autorki na anomalję w rozwoju pewnych układów mózgowych i pozwalają wyrazić przypuszczenie, iż wolno mówić o biologiczno-patogenetycznych podwalinach pojęcia „schizoid".

Badania *Sucharewej* zgadzają się z pracami *Levy i Schneidera* z kliniki *Kleista*. Autorzy ci są zdania, iż wrodzona konstytucja psychopatyczna zależy od wrodzonej niedomogi pewnych części mózgu (móżdżek, ganglja basalna, układ czołowy, t. j. tych układów, które według *Kleista* są anatomicznem podłożem schizofrenji).

Aczkolwiek mali psychopaci znakomicie nadają się do studjów klinicznych, gdyż pozostają zazwyczaj po kilka lat w zakładach leczniczo-wychowawczych — jest jednak mało prac o psychopatjach dziecięcych, opierających się na podstawach ściśle klinicznych. Tem większą uwagę należy poświęcić wyczerpującym spostrzeżeniom klinicznym o cykloidach i schizoidach *Sucharewej* z kliniki Gurewicza w Moskwie.

Autorka obserwowała w ciągu trzech lat kilkanaścioro dzieci— chłopców i dziewcząt i na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi do przekonania, że psychopatje schizoidalne w ścisłem tego słowa znaczeniu nie są u dzieci częste i że cechują je pewne, ściśle określone i stałe objawy.

Do objawów zasadniczych autorka zalicza:

1) Nastawienie autystyczne: wszystkie te dzieci unikają towarzystwa, nie dostosowują się do swego otoczenia lub bardzo powierzchownie. W szkole, jako typy odrębne, dziwaczne są przedmiotem kpin i szyderstw, to też starają się usunąć jak najdalej byle zejść z oczu i nie być na ogólnej widowni.

Pociąg do samotności, lęk przed ludźmi przejawia się od najwcześniejszego dzieciństwa; w przedszkolu już nienawidzą wspólnych gier i zaszyte w kącik, przeglądają książki z bajkami.

2) Ambiwalencję tymopsychiki.

Powierzchowność i płytkość uczuć, kojarząca się z tem, co *Kretschmer* trafnie nazywa *Psychastetische Proportion der Stimmung*.

Skojarzenie pierwiastków anestetycznych z hyperestetycznemi daje się stwierdzić w każdym przypadku. Uczuciowa apatja z wybitną wrażliwością, zimna obojętność z egzaltowaną czułostkowością.

3) Osobliwości sfery kojarzeniowej.

Skłonność do abstrakcji i szematyzowania przy jednoczesnej tendencji do rezonowania i absurdalnych dociekań; automatyzm, wyrażający się w sztywności psychiki, w przylepianiu do pewnej roboty, w trudności do oderwania się od niej i przystosowaniu do innej.

4) Objawy niewydolności ruchowej, jako to ociężałość, niezgrabność, ruchy współczulne, ubóstwo mimiki, zmanierowanie ruchowe, apatyczna postawa, pewne dziwactwa mowy.

Objawy ruchowe autorka uważa za patognomoniczne dla psychopatji schizoidalnej wieku dziecięcego.

Do objawów drugorzędnych zalicza autorka:

1) Zespół paranoidalny (podejrzliwe, posępne nastawienie do otoczenia, stałe uczucie pokrzywdzenia, nietrafną ocenę zachowania się współtowarzyszy).

2) Zespół psychasteniczny: uczucie niepewności, poczucie mniejszowartościowości, skłonność do natręctw.

3) Objawy, które możnaby zamianować „katatonoidalnemi": wzmożona suggestywność, negatywizm, czasem występujące jednocześnie.

4) Pokrewne tej grupie są zaburzenią psychomotoryczne — skłonność do stereotypji, impulsywność, czyny absurdalne.

We wszystkich opisywanych przypadkach, autorka mogła wykluczyć głęboki wpływ czynników zewnątrzpochodnych (choroby mózgowe, złe środowisko, zatrucia).

Objawy chorobowe występowały zwykle w najwcześniejszem dzieciństwie, nie ulegały regresji, przeciwnie rozwijały się równolegle z rozwojem psychiki dziecka.

W każdym przypadku nie było śladu otępienia; dzieci pozostawały pod obserwacją przeciętnie dwa lata, uczęszczały do szkoły, czyniły dobre postępy. U niektórych stwierdzono duże uzdolnienia do muzyki i malarstwa.

Niektóre dzieci po kilkoletnim pobycie w zakładzie wykazaly znakomite polepszenie; inne pozostały bez zmian. Autorka podkreśla, że w przypadkach tych, udało się ponad wszelką wątpliwość prześledzić rozwój objawów schizoidalnych od najwcześniejszego dzieciństwa; jednak nie stwierdzono najmniejszego śladu upośledzenia, lub rozpadu osobowości.

Wobec tego zaś, że proces schizofreniczny wywołuje u dziecka większe spustoszenia niż u dorosłego, gdyż nie tylko, że niweczy dojrzałą psychikę, ale nie pozwala się rozwinąć cechom psychicznym, które są w zaczątkach, więc zupełnie słusznie można podkreślić, że przypadki te z całą stanowczością należy zaliczyć do psychopatji, a nie wczesnych postaci otępienia młodzieńczego.

Ciekawe są pewne odrębności psychopatji schizoidalnych u dziewcząt. — Zarówno u nich, jak i u chłopców, występuje wybitna rozbieżność i sprzeczność mechanizmów psychicznych, które powierzchownie przypominają rozszczepienie schizofreniczne, ale u dziewcząt na pierwszy plan występują zaburzenia emocjonalne, rozbieżność odczynów uczuciowych, skomplikowane i przeczące sobie stale kombinacje uczuciowe.

Ambiwalencja uczuciowa jest motywem szeregu dziwacznych postępków.

Pierwiastki psychestetycznej proporcji są u dziewcząt jeszcze bardziej uwydatnione niż u chłopców: występuje obraz odosobnionych wrażliwych punktów na tle ogólnej płytkości emocjonalnej. Dziewczęta te są wybitnie egocentryczne; z jednej strony mają wysokie samopoczucie, z drugiej strony męczą się poczuciem własnej mniejszowartościowości; występuje wskutek tego uczucie wewnętrznego rozłamu, które się przejawia w wybrykach na pozór niedorzecznych, natomiast schizoidalny sposób myślenia uwydatnia się u dziewcząt znacznie rzadziej niż u chłopców, nie są one tak skłonne do abstrakcji i do dziwacznej pedanterji.

Według skali motorycznej *Oseretskiego* u chłopców schizoidalnych stwierdza się zacofanie o 2—3 lata, u dziewcząt o 1 rok najwyżej. Podczas, gdy u chłopców obserwuje się wstręt do robót ręcznych, rysunków, pisania i ćwiczeń cielesnych — dziewczęta nie wykazują w tym kierunku żadnego braku uzdolnienia lub niechęci,

Negatywizm, dość rzadki u chłopców, występuje u dziewcząt znacznie częściej i ma odcień histeryczny.

Do nakreślonego obrazu należy dorzucić uwagę, że o ile w innych postaciach psychopatji stale rzuca się w oczy okresowość objawów, które pod wpływem najbłahszych na pozór powodów nasilają się aż do stanów utraty świadomości, lub nagle na dłuższy okres czasu zupełnie ustępują, o tyle schizoidzi nie zmieniają swej osobowości, „obnosząc się z nią", jeśli się tak można wyrazić.

Z dziećmi temi jest niesłychanie trudno wejść w kontakt: wszelkim próbom podejścia przeciwstawiają uporczywy brak zrozumienia. Wyczuwa się u nich trwały stan obronny i ma się nie-

jednokrotnie uczucie wprost namacalne, że dalej iść nie można. Aczkolwiek suggestyjne, dzieci te zupełnie nie przypominają histeryków tak podatnych na wpływy. Zmienić ich poglądów i postanowień nic nie jest w stanie, nawet, gdy się przekonywują naocznie że nie mają racji. Między sobą a otoczeniem wznoszą chiński mur.

Rozpoznanie psychopatji schizoidalnej w wieku dziecięcym nie należy do łatwych i może być ustalone tylko na podstawie dłuższej obserwacji klinicznej i bardzo ścisłego wywiadu, z jednej bowiem strony zachodzi obawa, czy nie ma się do czynienia z wczesnemi objawami schizofrenji, z drugiej, czy nie są to objawy schizoidalne, zdarzające się normalnie w wieku dziecięcym.

Liczni autorzy wskazywali na pewne cechy katatoniczne u dzieci, jak stereotypję, persewerację, negatywizm, wzmożoną sugestyjność, rozszczepienie osobowości dziecka podczas gry (*Wildermuth*).— Wzmożenie się objawów schizoidalnych występuje jednak najwybitniej w okresie pokwitania. *Ziehen*, *Lange*, *Schneider* podkreślają w tym wieku skłonność do dociekań filozoficznych („zatrucie filozoficzne"), do kwiecistego stylu, zmanierowania, nadmiernej wstydliwości. Somatycznie każdy osobnik w okresie pokwitania zbliża się do typu leptozomicznego, przyczem występują zaburzenia motoryki, które, jak powyżej widzieliśmy, przypisuje *Homburger* przemijającym zmianom układu nerwowego.

Zarówno więc w stanie zdrowia, jak w usposobieniu psychopatycznem i w stanie wyraźnej już choroby umysłowej, istnieją te same właściwości psychiczne różniące się między sobą tylko stopniem nasilenia i trwałości. Słabiej zaznaczają się i szybko mijają w okresie pokwitania, są wyraźniejsze i znacznie trwalsze w stanach psychopatycznych, a w całej swej potędze składają się na obraz schizofrenji.

Odpowiednikiem do typu schizoida jest typ cykloida, któremu *Sucharewa* poświęca też szczegółowy opis kliniczny, wyodrębniając postacie wybitnie patologiczne z samoistną zmiennością nastroju (cyklotymje) i znacznie częstsze typy syntoników o pewnem zabarwieniu hypomaniakalnem (Konstitutionnelle Erregten-Kraepelina).

Zasadniczą cechą tego typu psychopatji stanowi zmienność nastroju, nasilenia od głębokiej depresji do podniecenia i wesołości. Zmiany nastroju mogą trwać od kilku godzin do kilku tygodni i jest bardzo trudno ustalić, czy występują one wskutek samoistnych, czy też żewnątrzpochodnych przyczyn.

Zmiana nastroju nie dochodzi jednak nigdy do stanu psychopatycznego: w stanach podniecenia dzieci wyładowują swą energię

w postaci kłótni, zaczepek, w okresie depresji na pierwszy plan występują objawy somatyczne: dzieci skarżą się na zmęczenie, bóle głowy, bezsenność, stronią od zabaw, pragną wypoczynku.

14-letnia pacjentka, którą obserwuje od roku, w okresach depresji kładzie się do łóżka i śpi bez przerwy dwa—trzy dni.

W odróżnieniu od cyklotymji dorosłych należy podkreślić, że stany podniecenia są częstsze od stanów depresyjnych i że obrazy kliniczne są bardzo niejasno zarysowane.

Dużą trudność rozpoznawczą przedstawiają oligofrenicy o podnieceniu ruchowem, szczególnie, jeśli oligofrenja ogranicza się do nieznacznego debilizmu.

Rozpoznanie to jest tem trudniejsze, że aczkolwiek cykloidzi nie przedstawiają zazwyczaj uchyleń intelektualnych, jednak wskutek wybitnej odwracalności uwagi i płytkości myślenia nie czynią postępów jakich się możnaby spodziewać.

Sucharewa podkreśla powinowactwo syntonji i cykloidji z typem pyknicznym (8 przypadków na 11) i wybitne uzdolnienia motoryczne tych dzieci, co dowodziłoby, że usposobienie syntoniczne jest nie tylko związane z pewnym typem cielesnym, lecz przedewszystkiem z pewnym typem dynamiki.

Typy cykloidów dziecięcych w ogólnych zarysach przypominają dorosłych; uwydatnia się jednak u dzieci więcej pierwiastek niestałości, tak groźny dla przyszłego rokowania wobec niedostatecznego rozwoju ośrodków hamujących.

Niezmiernie trudno jest wykreślić granicę między normalną euforją zdrowego dziecka a cykloidalną psychopatją. Okresowość życia uczuciowego jest charakterystyczna i dla normalnego dziecka, które ulega dużym wahaniom nastrojów.

Idzie tu tylko o stopień objawów; według *Homburgera* np. płytkość uczuciowa i niestałość u dziecka ponad 10 lat budzą poważne obawy w kierunku zaburzeń psychopatycznych.

Usposobienie syntoniczne występuje już w najwcześniejszem dzieciństwie; niemowlęta te nie płaczą, nie wykazują obawy przed obcymi ludźmi, w pierwszym dzieciń每stwie małe łobuzy, nie bacząc na ich figle, cieszą się ogólną sympatją. Aspołeczność tych dzieci występuje dopiero w szkole, gdzie nie mogą się nagiąć do żadnego rygoru.

Im więcej występuje objawów aspołecznych, im częściej dziecko zawodzi pokładane w niem nadzieje w szkole, tem bardziej nasuwa się przypuszczenie, czy ma się do czynienia tylko z syntonją wieku dziecięcego, czy też z objawami psychopatji cykloidalnej.

Różniczkowanie między psychopatją cykloidalną, a zmiennością nastrojów na tle histerycznem jest możliwe tylko na podstawie długiej obserwacji, która może ustalić, czy ta zmienność wypływa z samoistnych, czy reaktywnych przyczyn. — Pozatem u cykloidów brak pierwiastków teatralności, egocentryzmu, ekscentryczności, tak charakterystycznych dla histeryków.

Nerwowość ustrojowa ze swą zmiennością nastroju różni się tem, że zmienność ta wypływa z wybitnej wyczerpalności, podczas, gdy u cykloida zmienność nastroju jest rezultatem podniecenia motorycznego, szybkości procesów kojarzeniowych i potrzeby czynu.

Na terenie dużego miasta coraz częściej spotykają się dzieci o konstytucji astenicznej, usposobieniu zmiennem z wyraźną tendencją do okresowości, u których pod wpływem błahego niepowodzenia rozwijają się uporczywe stany przygnębienia, kióre trwać mogą całemi tygodniami ze spadkiem wagi, brakfem łaknienia, bezsennością, zahamowaniem myślowem. Stany te składają się na te kategorje zaburzeń, które *Reiss* wyodrębnił pod nazwą przygnębienia konstytucyjnego, i pozostają w takiem samem powinowactwie do stanów depresyjnych psychozy szałowo posępniczej, jak schizoid *Kretschmera* do istotnej schizofrenji.

Dzieci te według słów rodziców są stale zachmurzone, nie śmieją się nigdy i od najwcześniejszego dzieciństwa dzielą troski rodziców, wyolbrzymiając je i stwarzając sobie urojone zmartwienia.

W niemowlęctwie płaczliwe, w szkole nie lubiane, nie umiejące sobie dobrać towarzystwa, o tempie pracy powolnem, bez polotu, inicjatywy—zawsze odosobnione, pochmurne—nie zyskują nigdy uznania, co wpływa na pogłębienie ich dysforji i poczucia mniejszowartościowosci, oraz sprzyja wytworzeniu się konfliktów na tem tle.

Jako odpowiednik do padaczki *Römer* opisuje wśród psychopatów dziecięcych typ epiloptoida. Dzieci te o budowie przeważnie atletycznej, czasem dysplastycznej o częstych zaburzeniach wazomotorycznych, z ruchami to powolnymi, to wybuchowymi — cechuje psychika wybuchowa, skłonność do napadów gniewu, okrucieństwo, popędy wybitnie steniczne, egoizm. Zazwyczaj są to osobnicy o powolnem, ciężkiem myśleniu, nie wychodzącem po za pewną sferę zainteresowań. Wskutek tych cech epileptoidzi są nieprzyjemni w pożyciu. Do grupy tej można zaliczyć „affektepileptyków" *Kraepelina*, a także pewne typypsy chopatów wybuchowych i aspołecznych.

Ostatnio *Minkowscy* w świetle badań genealogicznych wyodrębnili swoistą konstytucję epileptoidalną, którą nazywają gliskroidalną.

Pod względem konstytucyjnym gliskroidzi odpowiadają temu samemu typowi antropologicznemu, co epileptycy. — Autorzy uważają, że gliskroidja stoi w sym samym stosunku do epilepsji, co schizotymja i syntonja do schizofrenji i psychozy manjakalno, depresyjnej.

W świetle badań klinicznych i dziedziczno-biologicznych udało się więc na terenie psychopatji dziecięcych wyodrębnić cały szereg typów konstytucyjnych i odpowiedników niektórych zaburzeń psychicznych samoistnych, które wprawdzie wykazują duże analogje pod względem objawów, ale mają odmienną strukturę psychologiczną, a przedewszystkiem odmienny przebieg i rokowanie.

Badając liczne rzesze młodocianych psychopatów, nie można nie zwrócić uwagi na częstość podłoża gruźliczego. Gruźlica jest tak rozpowszechnioną chorobą wsród młodego pokolenia, że z największą ostrożnością należy się doszukiwać jej związku z psychopatją.—Wszelakoż autorzy francuscy *(Heuyeur, Revon* etc) oddawna zwracają uwagę na powinowactwo psychopatji do gruźlicy; ostatnio potwierdził te spostrzeżenia *Cyryl Burt* na dużym materjale i szkoła rosyjska *(Gurewitsch, Sucharewa* etc.). Na podstawie kilkuset badań przeprowadzonych wśród dzieci w Warszawie mogę stwierdzić, że w przypadkach cięższej psychopatji w rzadkich tylko razach nie można było ustalić żadnego związku z zakażeniem gruźliczem.

Dużej czujności wymaga również ze strony psychopatologa dziecięcego różniczkowanie od stanów psychopatycznych objawów śpiączki, opisanych tak wyczerpująco w piśmiennictwie polskiem przez *Handelsmana* Bliższa analiza pozwoli wyodrębnić w zespół psychiczny pośpiączkowy, objawy, które były bezkrytycznie przyjmowane za cechy psychopatji ustrojowej i żeglowały pod mianem moral insanity, pieniactwa i t. d.

W stanach psychopatycznych rokowanie uzależnione jest od przebiegu i wraz z *Hellerem* można rozróżnić trzy zasadnicze kategorje:

1, Stany trwałe — nie wykazujące tendencji do zmiany nawet po długiem leczeniu.

2. Stany postępujące — z wyraźną skłonnością do przejścia w chorobę umysłową.

3. Stany dobrotliwe—wykazujące tendencję do poprawy przy odpowiednich warunkach.

W przebiegu psychopatji ustrojowej stwierdza się zresztą niewątpliwe okresowości; następują stany długotrwałego pogorszenia

i polepszenia, nasilające się specjalnie w okresie dojrzewania płciowego, najbardziej niebezpiecznego dla stanów psychopatycznych. — Jeśli w okresie tym objawy nie wzmagaja się, można z względnem zaufaniem postawić dobre rokowanie na przyszłość.

Jest ono zależne nie tylko od ciężkości obarczenia dziedzicznego, stanu zwyrodnieniowego i warunków domowych lecz i w dużym stopniu od chwili zastosowania kuracji oraz dostatecznej trwałości wpływów leczniczo-wychowawczych.

W jednej ze swych ostatnich prac, twórca nowoczesnej pedagogji leczniczej *Teodor Heller*, na podstawie 30-letniego doświadczenia, podnosi głos z niezwykłą swadą w obronie zdrowia psychicznego przyszłego pokolenia. Motywując, jak głęboko warunki powojennego życia wpłynęły na rozprzężenie dawnych patrjarchalnych stosunków w rodzinie i na system wychowawczy w szkole; oraz jak wzrosła do nieznanej dotąd wysokości krzywa włóczęgostwa, zaniedbania i przestępczości młodzieży, — autor, wychodząc z założenia, że „dałoby się uniknąć niemałej ilości nerwic i psychonerwic, gdyby można było objawy ich dostatecznie rozpoznać i skutecznie zwalczać, nie zaś czekać, aby opieka społeczna, wychowawcza i lecznicza przystępowała do czynu dopiero wówczas, gdy ciężkie uszkodzenia jednostki stają się widoczne, lub gdy jednostka staje się szkodliwą dla otoczenia" domaga się, aby zagadnienie pedagogji leczniczej było postawione na gruncie profilaktyki.

W Ameryce *Clifford Whittingham Beers* stworzył higjenę umysłową; szereg poradni ma na celu badać wszelkie przejawy zmęczenia, dostarczać przepracowanym możliwości wypoczynku, kierować nerwowych do odpowiednich sanatorjów,

W tym kraju gorączkowej i wyczerpującej pracy, gdzie więzienia i zakłady dla umysłowo chorych są przepełnione, biura „Mental Higien" — spełniają pracę zapobiegawczą o dużej doniosłości leczniczo-społecznej.

W zrozumieniu potrzeby wczesnego leczenia, uruchomiono w Ameryce, a ostatnio i w Jugosławji, cały szereg klinik szkolnyeh, przy których czynne są stacje pedologiczczne, badawcze i lecznicze. — Najbardziej przelotne uchylenia od normy dziecka poddane są tam gruntownej analizie, a cały sztab pracowników troszczy się, aby zagrożone dziecko ratować i zastosować wobec niego odpowiednią metodę wychowania.

Tą samą myślą przewodnią kierują się lekarze-pedolodzy, przydzieleni do t. zw, Jugendamtów w Niemczech. — Przy każdym Jugendamcie urzęduje sędzia dla nieletnich, mający do pomocy

specjalnie wykwalifikowanego lekarza. Skierowane tam są bynajmniej nie tylko dzieci o stwierdzonych aspołecznych instyktach, które się już przejawiły w czynach, lecz dzieci „trudne do prowadzenia", „dziwaczne", nazwy pod któremi się kryją zazwyczaj cechy psychopatji ustrojowej. — Na wniosek lekarza dziecko może być usunięte ze szkoły, przeniesione do innej szkoły umieszczone w zakładzie, a fakt, iż Psychopathen Verein podaje, iż w Niemczech istnieje 80 zakładów wychowawczo - leczniczych dla młodocianych psychopatów (nie dla oligofreników) jest wymownym przykładem, jak głęboko pojmują powojenne Niemcy troskę o równowagę psychiczną młodzieży.

Za pobyt dziecka w zakładzie płaci Jugendamt pięć marek dziennie, — wniosek pracownicy społecznej, która po dokonanym wywiadzie domowym—proponuje umieścić dziecko w zakładzie, aby je wyrwać z otoczenia domowego (konflikt rodzicielski np.)—bywa zawsze przychylnie załatwiony.

Lazar sprawujący od lat w Wiedniu urząd lekarza sądowego, przypisuje obniżenie się przestępczości nieletnich w ostatnich kilku latach okoliczności, że na terenie Wiednia działa 20 poradni wychowawczych, gdzie każdy nauczyciel, każda matka mogą się zwrócić o radę i dostaną od specjalisty na podstawie fachowej obserwacji odpowiednie wskazówki wychowawczo-lecznicze.

Psycholog szkolny *Cyryl Burt* w dziele wydanem ostatnio o nieletnich przestępcach, opisuje, iż w Anglji istnieją poradnie wędrujące; personel ich składa się z dwu lekarzy, psychologa, stenografa i pracownicy społecznej. — Taka wędrująca klinika dociera do wsi, do zapadłych zakątków i poddaje badaniu systematycznemu wszystkie sygnalizowane jej dzieci.

Na podstawie pięcioletniej pracy w poradni leczniczo-wychowawczej mogę stwierdzić, że jest to placówka niezmiernie użyteczna. — Brak sieci zakładów leczniczo-wychowawczych utrudnia u nas w najwyższym stopniu pracę lekarza, gdyż zarządzenia jego najczęściej nie są wykonalne wskutek braku środków technicznych (niemożność usunięcia dziecka ze środowiska, niedostatecznie zapewniona opieka społeczna i t. d.), natomiast kontakt na terenie poradni z rodzicami i opiekunami jest tak doniosły i odnosi taki skutek, tak przyczynia się do wytworzenia dziecku w rodzinie lepszych warunków bytowania, do załagodzenia zatargów rodzinnych, że zupełnie jest zrozumiałym fakt, iż rodzice, a nawet dzieci tłumnie się garną do poradni.

Pierwsza skromna poradnia założona na terenie prywatnej instytucji społecznej zyskała sobie wstępnym bojem prawo obywa-

telstwa, a liczne rzesze dzieci, które same znajdują do niej drogę, są wymownym dowodem, że dziecko podświadomie odczuwa, gdzie znajdzie pomoc. — Z poradni korzysta sąd dla nieletnich, cały szereg szkół, sierocińców, obejmuje ona z roku na rok coraz liczniejsze zastępy młodych pacjentów, wśród których psychopaci są najczęstszym elementem.

Psychologja indywidualna i psychoanaliza wniosły do nauki pewnik, iż ocena zdolności dziecka określona nawet na podstawie najściślejszych testów—nie wystarcza zupełnie dla ustalenia związku między poszczególnemi odruchami psychicznemi; nie zawsze może nawet wytłumaczyć niepowodzenie szkolne.

Wczucie się w duszę dziecka, wytworzenie ścisłego łącznika między nim, a wychowawcą, umożliwiające wpływ na ukształtowanie się jego woli i uczuć, wymaga w pierwszym rzędzie izolowania młodego pacjenta od swego środowiska. — To też niezbędnem ogniwem w planie opieki nad młodocianymi psychopatami winny być stacje obserwacyjne, prowadzone przez lekarzy odpowiednio wykształconych, przy pomocy odpowiedniego personelu.

Tylko na podstawie długotrwałej obserwacji dziecka w zakładzie można odróżnić naleciałości psychorodne, imitujące do złudzenia cechy psychopatyczne; tylko długotrwały pobyt w zakładzie pozwoli wyodrębnić nawarstwienie czynników zewnętrznych na konstytucji psychopatycznej i poddać je leczeniu.

Podkreślałam już uprzednio znakomite wyniki osiągnięte przez *Lazara* za pomocą segregowania dzieci na podstawie ich typizacji, wyniki otrzymywane przez *Aichhorna* za pomocą psychoanalizy, lub *Heegera* przez zastosowanie psychologji indywidualnej.

Zarówno *Lazar*, jak *Adler* i *Heller* stale wskazują na liczne błędy rozpoznawcze, popełniane w warunkach obserwacji ambulatoryjnej, i na szerokie możliwości poprawcze, które a priori wydają się nieprawdopodobne.

Heller pragnąłby, aby stacje obserwacyjne odgrywały rolę instytutów badawczych. W okresie, gdy przejawy psychopatji ustrojowej u dzieci stają się wskutek swej częstości tak groźnemi, iż można zastosować do nich w całej rozciągłości pojęcie choroby społecznej, jak do gruźlicy, potrzeba instytutów, na terenie których spotkały by się skojarzone wysiłki lekarzy, psychologów i pedagogów w celu wyświetlenia przyczyny zła, stworzenia możności zapobiegawczych, nowych metod pedagogji leczniczej, nowych czynników uspołecznienia jest jednem z najnieodzowniejszych zagadnień naukowo-społecznych.

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: prof. dr. *Jan Mazurkiewicz).*

ZAGADNIENIE KONSTYTUCJI SEROLOGICZNEJ PSYCHOPATÓW (GRUPY KRWI).

podał

DR. EUGENJUSZ WICZKOWSKI.

Z konstytucyjnych serologicznych cech ustroju mamy dotychczas ustalone, sprawdzone i częściowo wyzyskane jeynie grupy krwi. Zatem praca niniejsza będzie dotyczyła zagadnienia związku psychopatji z przynależnością do pewnej grupy krwi.

Prace *Landsteinera, Dungerna i Hirszfelda* ustaliły u ludzi 4 grupy krwi: *A, B, AB, O (zero)*. Własności serologiczne tych grup zostały dokładnie zanalizowane i scharakteryzowane w szeregu prac *Hirszfelda* i innych. Polegają one, mianowicie, na zdolności surowicy pewnej grupy do aglutynowania krwinek niektórych ew. wszystkich grup obcych. Prace *Dungerna i Hirszfelda* dowiodły, że właśnie zawarte w surowicy krwi aglutyniny o powyżej wspomnianych właściwościach, czyli izoaglutyniny prawidłowe, stanowią, konstytucjonalne wrodzone cechy serologiczne ustroju nie są one bynajmniej skutkiem uodporniania i nie są zatem wyrazem wyrazem żadnych zmian chorobowych. Ponadto prace przedewszystkiem *Hirszfelda* ustaliły, że grupy krwi dziedziczą się według praw Mendla, przytem *A* i *B* są cechami dominującemi i dziedziczą się niezależnie jedna od drugiej, *O* natomiast jest cechą ustępującą.

Badania antropologiczne grup krwi, prowadzone na całej kuli ziemskiej, wykazały, że grupy te posiadają wszystkie narody, lecz w różnych stosunkach procentowych. *Hirszfeldowie* pierwsi zwrócili uwagę na to, że rozmieszczenie geograficzne ilości występowania krwi *A* i *B* posiada cechy pewnej prawidłowości.

Ludy zachodnio-europejskie mają przewagę krwi *A* (47—48%), natomiast ludy azjatycko-afrykańskie przewagę krwi *B* (36—38%), zaś grupę przejściową stanowią ludy wschodniej Europy.

Z chwilą ustalenia konstytucjonalizmu grup krwi i z momentem dokonania antropologicznych zdjęć grup krwi w pewnych krajach i miejscowościach zostało umożliwione badanie znaczenia konstytucji serologicznej dla patologji w płaszczyźnie wpływu przynależności do pewnej grupy krwi na wiekszą lub mniejszą wrażliwość w stosunku do pewnej choroby. Drogą zaś do rozwiązania tego zagadnienia jest przedewszystkiem przebadanie grup krwi u chorych o pewnej postaci chorobowej, obliczenie stosunków procentowych rozmieszczenia grup krwi pomiędzy nimi i porównanie uzyskanych wyników z przeciętnymi stosunkami procentowymi, otrzymanymi przez zdjęcie antropologiczne grup krwi, dotyczące tej samej miejscowości, do której należą zbadani chorzy.

Polska pod tym względem znajduje się w jaknajlepszych warunkach dzięki niezmordowanej pracy jednego z twórców pojęcia konstytucjonalizmu grup krwi (prof. *Hirszfeld*—Warszawa).

To też w Polsce przedewszystkiem zostało dokonane przez *Halberównę i Mydlarskiego* zdjęcie antropologiczne grup krwi na wielkim materjale z uwzględnieniem poszczególnych województw. Stosunek procentowy grup krwi dla Polaków został ustalony na materjale blizko 12,000 osób. Stosunek ten przedstawia się, jak następuje: *0* — 32,5%; *A* — 37;5%; *B* — 20,8%; *AB* — 9,1%. Ustalenie powyższych danych zaoszczędza klinicyście porównawcze badanie osób zdrowych. Wiele prac cudzoziemskich zawiera materjał porównawczy osób zdrowych tak mały, iż opierać się na nim całkiem nie możemy.

Znaczenie konstytucji serologicznej dla pewnych spraw chorobowych badano w zakresie różnych działów wiedzy lekarskiej. Z prac polskich wspomnę o pracach *Amzelówny i Halberówny*, które wykazały, iż dodatni odczyn Wassermanna w grupie *AB* jest stosunkowo częściej spotykamy niż w grupach innych; *Straszyńskiego*, który na materjale klinicznym wykazał, że pod wpływem leczenia chorych na kiłę pierwotną dodatni odczyn Wassermana najłatwiej zmienia się na ujemny u osobników grupy *0*, w przeciwieństwie do osobników grupy *AB*, gdzie zmiana ta następuje najtrudniej. Pozatem badał *Straszyński* skłonność do pewnych chorób skórnych u osobników różnych grup serologicznych. *Świder* i *Kohn* przeprowadzili badania nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików z punktu widzenia usposobienia osobniczego do gruźlicy. Następnie ci sami

autorzy z *Mancewiczówną* przeprowadzili badania nad grupami krwi a przebiegiem klinicznym gruźlicy. *Grauberg-Rozentalowa* i *Herman* wykonali badania grup krwi w schorzeniach układu nerwowego.

Przechodząc do badań nad grupami krwi w psychjatrji, musimy zaznaczyć, iż różni autorzy posługiwali się różnemi nazwami grup krwi: *0, A, B, AB* lub też I, II, III, IV przytem u jednych grupa I odpowiadała grupie *0*, u innych zaś grupie *AB*. Celem zapobiegnięcia mogącym wyniknąć stąd nieporozumieniom będziemy się przytrzymywali ogólnie przyjętego oznaczenia literami i, przytaczając prace innych autorów, będziemy ich materjał podawali jedynie pod oznaczeniami liter.

Pierwszy *Janski* badał grupy krwi u chorych psychicznie (1906 r.). Lecz dopiero ustalenie konstytucjonalizmu grup krwi dodaje bodźca do rozpoczęcia badań grup krwi u tych chorych. Powstaje zagadnienie konstytucji serologicznej w psychjatrji. Początek badań w tym zakresie datuje się od 3—4 lat wstecz. Prawie jednocześnie wykonano parę prac w różnych miejscowościach. *Dölter* i *Heimann* stwierdzili w niektórych chorobach psychicznych „zastanawiające" ustosunkowanie grup krwi, rozporządzali jednak nielicznym materjałem. *Snyder* po zbadaniu epileptyków, chorych psychicznie i niedorozwiniętych nie stwierdził u nich odchyleń od normy. *Wilczkowski* zbadał 227 schizofreników i 119 chorych na porażenie postępujące, stwierdzając u schizofreników stosunek procentowy grup krwi nie przekraczający naogół granicy przeciętnych stosunków procentowych ludności zdrowej, jakkolwiek zarysowało się pewne wzmożenie grupy *A*; u porażeńców natomiast stwierdzając na swoim materjale % *AB* $1^1/_2$—2 razy wyższy, niż przeciętny % normalny. Podając pewne zestawienia dotyczace przebiegu porażenia postępującego u osobników różnych grup krwi, autor ten wypowiada przypuszczenie, iż przynależność do pewnej grupy serologicznej może mieć również wpływ i na przebieg porażenia postępującego. *Jacobsohn* po zbadaniu 100 porażeńców nie znalazł wybitniejszych odchyleń od przeciętnych ugrupowań, ustalonych przez *Schiff'a*, *Malinowski* i *Siedleczka* zbadali 765 chorych psychicznie zakładu w Kobierzynje. Padaczka na 75 przypadkach wykazała u nich zwiększenie % grupy *B* z 20,9 w normie na 29,4 w padaczce, schizofrenia natomiast zwiększenie % grupy *0*, wynoszące 4,7%. *Jacobi* podaje swój dotychczasowy materjał dotyczący chorych i zdrowych, wstrzymuje się jednak od wniosków. *Proescher* i *Arkush* zbadali przeszło 2000 chorych psychicznie w stanie Kalifornia. Przy porównaniu z normą przeciętną góruje w nich materjale grupa *0*. *Perkel* i *Izraelson* w Odesie na podsta-

wie swego materjału wypowiadają się, że jednak są dane, iż porażenie postępujące częściej się spotyka u osobników z grupą *AB* i *B*, *Raphael* z Ann-Arbor (Stan Michigan) i jego współpracownicy po zbadaniu 800 schizofreników i 300 chorych na psychozę manjakodepresyjną nie znajdują żadnych odchyleń od normy. Autorzy ci wnioskują również, iż niema związku pomiędzy grupami krwi a typem budowy ciała według *Kretschmera*. *Pilcz* z Wiednia podaje materjał, dotyczacy 1000 chorych psychicznie z daleko idącem uwzględnieniem rozpoznań. Jakkolwiek odchylenia od normy w jego materjale również nie są wysokie. przeprowadza on jednak wyczerpującą analizę uzyskanych wyników. Materjał jego, dotyczący psychopatji zostanie uwzględniony oddzielnie, *Kaszewarowa* z Kazania podaje nieliczny, lecz dobrze opracowany materjał z zarysowującem się wzmożeniem grupy *B* w porażeniu postępującem i w epilepsji, oraz grupy *AB* w schizofrenji. *Chominskij* i *Szustowa* na swoim materjale 500 chorych, zbadanych w Kijowie, zwracają uwagę, iż schizofrenicy w liczbie 276 dają pewne wzmożenie grupy *A* z 38,8% w normie na 44,3 w schizofrenji. Zestawiając wyniki swoich badań z wynikami *Wilczkowskiego*, u którego schizofrenia wykazała podobne wzmożenie grupy *A*, wypowiadają możliwość, że ludność słowiańska daje jednak pewne nieznaczne zresztą wzmożenie grupy *A* w schizofrenji. *Würz* w Bazylei stwierdza w schizofrenji pewne obniżenie grupy *B*. *Fattorich* zbadał 300 chorych zakładu w Ankonie (Włochy) i stwierdza na swoim materjale pewną przewagę grupy *0* wogóle u umysłowo chorych i grupy *A* u frenasteników. *Fr. Mayer* w Lubinie (Śląsk Dolny) nie stwierdza znaczniejszych odchyleń. *Hilgers*, *Wolhfeil* i *Knötzke* uważają, iż jakkolwiek pomiędzy grupami krwi i Kretschmerowskiemi grupami konstytucyjnemi niema jakiejś wyraźniejszej korelacji niemniej jednak pewna przewaga grupy *A* u asteników nie jest do zapoznania. Wreszcie *Gundel*, w ciągu paru lat dając co pewien czas publikacje. zebrał olbrzymi materjał, dotyczący chorych psychicznie, sięgający blisko 3000 osób. Uważa *Gundel*, że większa część chorób psychicznych wykazuje stosunki procentowe grup krwi, odpowiadające stosunkom procentowym osób zdrowych. Natomiast niektóre, a mianowicie alkoholizm i niedorozwój umysłowy wykazują pewne nieznaczne zresztą wzmożenie grupy *B*. Porażenie postępujące zaś i tabes. razem 332 przypadki, dały na jego materjale wyraźne wzmożenie grup *B* i *AB*; *B* na 24,4% z 12,4% w normie; *AB* na 8,1% z 4,7% w normie. Dla tych chorób *Gundel* uważa wyraźne odchylenie od normy za ustalone. Jego dane liczbowe potwierdzając mniej więcej dane liczbowe *Wilczkowskiego*.

Natomiast *Grauberg-Rozentalowa* i *Herman* na materjale 74 chorych szpitala na Czystem w Warszawie nie wykazują różnic od liczb procentowych przeciętnych, odwrotnie wykazują nawet znikomy odsetek *AB*. Badania ich dotyczą w przeważającej liczbie narodowości żydowskiej.

Wszystkie powyżej wspomniane prace prawie wyłącznie dotyczą związku konstytucji serologicznej — grupy krwi — z zapadaniem na chorobę psychiczną wogóle, lub też na pewną jednostkę chorobową w szczególności. Obliczano zatem stosunki procentowe grup krwi u chorych psychicznie i porównywano je z przeciętnymi stosunkami procentowymi ludności normalnej. Pozatem parę prac ujmuje zagadnienie konstytucji serologicznej w psychjatrji w płaszczyznach innych. Wspomnimy tu, iż w poprzedniej naszej pracy, omawiając grupy krwi u chorych na porażenie postępujące zwróciliśmy uwagę na przebieg tego cierpienia u osobników różnych grup serologicznych. Po głębszej analizie materjału i na podstawie zestawień liczbowych, wstrzymując się ze względu na szczupły materjał od daleko idących wniosków, wypowiedzieliśmy jednak przzpuszczenie iż przynależność do pewnej grupy serologicznej może mieć wpływ na przebieg porażenia postępującego w sensie szybszego zejścia, lub też łagodniejszego przebiegu cierpienia. Uważamy, iż ujęcie zagadnienia z punktu widzenia przebiegu nie może być pominięte, niezależnie, oczywiście, od możliwości osiągnięcia pewnych wniosków lub też nie. Poza bezpośredniem znaczeniem tej kwestji dla przebiegu ma to jeszcze inne konsekwencje, a mianowicie: przy masowych badaniach w zakładach prowadzonych w ciągu krótkiego czasu, a zatem o charakterze zdjęcia antropologicznego lub też przekroju, natrafiamy częściej na jednostki o przebiegu łagodniejszym, przebywające w zakładach latami i znacznie rzadziej na jednostki o przebiegu szybko prowadzącym do zejścia, gdyż z pośród osób jednocześnie przyjętych osoby o przebiegu niepomyślnym mogły już częściowo powymierać do chwili naszego badania. A zatem z takiego przekroju bez uwzględnienia przebiegu moglibyśmy otrzymać liczby nie odpowiadające faktycznej częstości zapadania na pewną chorobę osobników należących do różnych grup serologicznych. Kwestja ta może mieć również znaczenie, naprzykład, w schizofrenji; nie zachodzi tu sprawa o szybsze zejście śmiertelne, lecz o pobyt w zakładzie lub poza zakładem; osoby o przebiegu łagodniejszym w momencie badania będą w mniejszym odsetku w zakładzie, niż osoby o przebiegu cięższym.

Poza zagadnieniem przebiegu cierpienia i przynależności do pewnej grupy krwi zostały poruszone w psychjatrji inne możliwości,

wypływajace z faktu dziedziczenia grup krwi według praw Mendla. Powstało zagadnienie związku dziedziczenia grup krwi i chorób psychicznych. *Berstein* zbadał 87 chorych psychicznie i 63 członków ich rodzin. Po rozdzieleniu materjału na poszczególne jednostki chorobowe zaobserwował u schizofreników znaczne wzmożenie grupy *AB* (11,2% zamiast 6,5% u ludności normalnej) i obniżenie grupy *O* (13,6% zamiast 32%). Wśród członków rodzin schizofreników wykazał na swoim materjale wybitne wzmożenie grupy *AB* (do 38%).

Myśmy zapoczątkowali badania genealogiczne grup krwi u rodzin obarczonych chorobami psychicznymi, stwierdzając przypadki jednoczesności dziedziczenia schizofrenji i konstytucyjnych cech serologicznych krwi.

W tem krótkiem streszczeniu postaraliśmy się uwzględnić wszystkie prace dotyczące grup krwi w psychjatrji. Nie miało to jednak na celu podania stanu obecnego badań w tym zakresie z przytoczeniem szczegółowych wyników i wniosków, oraz szczegółowem ich zanalizowaniem i zestawieniem, lecz mieliśmy na myśli w pobieżnem streszczeniu naszkicowanie poruszanych zagadnień, dotyczących konstytucji serologicznej w psychjatrji, dróg jakiemi szło dotychczasowo ich rozwiązanie i zilustrowanie, jak dalece dotychczasowe prace zachęcają do dalszych badań lub też nie.

Prace dotychczasowe należy zaliczyć po większej części do prac o charakterze kazuistycznym ze względu na podawany przez poszczególnych autorów naogół szczupły materjał. Ostatecznie wnioski mogą być wyprowadzone po nagromadzeniu się światowego materjału, umożliwiającego obliczeniana większych liczbach.

Dotychczasowe zaś badania nie dały wyników, któreby nie mogły podlegać dyskusji. W badaniach dotyczących związku grup krwi rynik, uzyskiwane w chorobach psychicznych, albo wogóle nie wykazują różnic od średnich stosunków procentowych grup krwi u ludności normalnej, albo też wykazują odchylenia bardzo nieznaczne, prawie zawsze mieszczące się jeszcze w granicach błędu prawdopodobnego i często sprzeczne u różnych autorów. Pozostaje nam zatem gromadzenie dalszego materjału. Gromadząc zaś materjał musimy się liczyć z wielu czynnikami. Przedewszystkiem punkt widzenia, na którym czasem stoją serologowie, a mianowicie: zagadnienienie związku grup krwi z predyspozycją do chorób psychicznych wogóle — jest dla klinicysty nie do przyjęcia. Materjał musimy conajmniej rozbić na rozpoznanie i każdą jednostkę chorobową traktować oddzielnie.

Punkt widzenia klinicysty wymaga raczej nie wielkich liczb, lecz — kosztem ich — dobrze opracowanego materjału pod względem

klinicznym. Oczywiście prace będą miały charakter raczej kazuistyczny. Poza rozpoznaniem w wielu wypadkach zachodzić będzie konieczność uwzględnienia przebiegu. Znaczenie tego poruszyliśmy już wyżej. Przebieg sam przez się może być również rozpatrywany z punktu widzenia konstytucji serologicznej, jak również pewne zespoły objawowe i t. d. Przy zestawieniu odsetków grup krwi uzyskanych u chorych, z odsetkami ludności zdrowej musimy liczyć się z wielu czynnikami jak narodowością lub przynależnością do pewnej miejscowości i innymi. Przy porównywaniu większych liczb musimy uwzględnić błąd prawdopodobieństwa. Dla obliczeń błędu prawdopodobieństwa *Poll* w swojej pracy podaje odpowiednią tablicę do szybkich obliczeń.

Poruszyliśmy kilka ogólniejszych kwestji, dotyczących konstytucji serologicznej w psychjatrji, dotyczą bowiem te kwestje zarówno psychopatji. Przechodzimy obecnie do zagadnienia konstytucji serologicznej w psychopatji. Oddzielnych prac, traktujących grupy krwi u psychopatów, niema. Należało zatem wyszukiwać materjał w pracaↄh ogólnych. Wiele prac zupełnie nie podaje przypadków psychopatji, wiele zaś zawiera te przypadki w nikłej ilości. Z piśmiennicfwa dotychczasowego mogę podać 2 prace, w których materjał, dotyczący psychopatji jest liczniejszy. Są to prace *Pilcza* i *Gundela*.

Pilcz zbadał 99 przypadków psychopatji, zawierających: kryminalistów, włóczęgów, unikających pracy, pseudologów, zawdowych prostytutek, umieszczonych na skutek patologicznych reakcji afektywnych i t. p. Autor zaznacza, iż grupa powyższa nie zawiera histeryków i alkoholików — tych bowiem autor podaje w oddzielnych grupach. Przytaczając materjał *Pilcza*, uwzględniam parę innych grup chorych celem porównania.

TABLICA I (wdł. *Pilcza*).

Rozpoznania	Grupy krwi w odsetkach				Liczba przypadków
	O	A	B	AB	
Psychopatja	24,2	29,3	32,3	14,4	99
Psychozy histerycz. . .	34,2	51,3	9,2	5,3	76
Despresja psychogen. .	38,7	43,6	16,1	1,6	62
Alkocholizm	30,5	51,6	15,8	2,1	95
w tem: del. trem. . . .	44,4	44,4	5,5	5,5	18
pat. reakcje alkoh. . .	6,7	40,0	53,3	—	15
Ludność m. Wiednia wdł. Hoche i Moritsch'a .	33,1	39,9	20,1	6,9	1000

W tablicy I-ej w porównaniu z ludnnścią m. Wiednia mamy do zaznaczenia: w psychopatji — wybitnie wygórowany % *B* i *AB* na niekorzyść *0* i *A*; w psychozach histerycznych — wygórowany % *A* na korzyść *B;* w depresji psychogennej naogół mniej znaczne odchylenie z obniżeniem *B* i *AB:* w alkoholizmie zaś pewne wygórowanie *A*; przytem przypadki alkoholizmu, przebiegające z delirjum tremens wykazują wybitne obniżenie *B;* przypadki z patologicznemi reakcjami alkoholowemi i włączonymi w to stanami patologicznego upicia się naodwrót wykazują % grupy *B* wybitnie wygórowany na niekorzyść grupy *0.* Muszę zaznaczyć, że wszystkie podane liczby mieszczą się jeszcze w granicach błędu prawdopodobnego, obliczonego według tablicy *Polla,* niemniej jednak materjnł powyższy nie traci na znaczeniu dla klinicysty, jako materjał kazuistyczny.

Pilcz, omawiając powyżej przytoczony przez nas jego materjał, zaznacza co następuje: psychopatja, patologiczne stany upicia się i reakcaje lkoholowe wykazują powinowactwo do grupy *B.* Wspólność tych stanów jest w zgodzie z kliniką i z nauką o dziedziczności. Przeciwstawiając pod względem grup krwi dwie kategorje alkoholików, autor len podkreśla, iż klinicznie również rzadko widzimy delirium tremens u jednostek zdegenerowanych bez względu na przewlekły silny alkoholizm, częściej natomiast stany patologicznego upicia się i patologiczne reakcje alkoholowe. *Pilcz* uważa, że do jednej z cech konstytucyjnych, założonych w sedno dyspozycji psychicznej dziedziczno-degeneracyjnej, należy również wysoki udział grupy *AB* i szczególnie *B.* Nie obserwujemy tego w histerji i w psychogennych stanach depresji i t. p.

Materjał *Gundela* mniej szczegółowo rozczłonkowany klinicznie, natomiast gruntownie zanalizowany pod względem przynależności do pewnej miejscowości zawiera 217 przypadków psychopatji z ludnością Schlezwig-Holsteinu przedstawia się następująco:

TABLICA II (wdł. *Gundela*).

	Grupy w odsetkach				Liczba przypadków
	O	A	B	AB	
Psychopatja	27,2	48,8	13,8	10,1	217
Ludność Schlesw.-Holstein'u	39,4	43,4	12,4	4,7	19480

Widzimy większe odsetki w grupach *A, B, AB* i znaczne obniżanie grupy *O.* Jakkolwiek liczby, dotyczące *A, B* i *AB* są jeszcze

w granicach błędu prawdopodobnego, to obniżenie *O* wychodzi już poza jego granice przy obliczaniu wdł. tablicy *Polla*.

Przy porównaniu materjału *Gundela* z materjałem *Pilcza* obserwujemy mniej więcej to samo zjawisko: obniżanie grupy *O* i wzmożenie *AB* — u obu autorów; wzmożenie *B* jakkolwiek minimalne u *Gundela* i wybitne u *Pilcza*. Różni się tylko zachowanie się grupy *A*: u *Pilcza* wypadło obniżenie tej grupy, u *Gundela* zaś jej wzmożenie. Nie wiemy jednak jak dalece materjał *Gundela* różnił się od materjału *Pilcza* pod względem klinicznym.

Gundel uważa jednak, że przynależność grupowa psychopatów odpowiada przynależności grupowej ludności Schleswig-Holstein'u.

Nasz własny materjał składa się z 98 przypadków w tem 77 przypadków psychopatji, 3 przypadki psychoz reaktywnych, 5 przypadków alkoholizmu przewlekłego ze zwyrodnieniem alkoholowem i 13 przypadków pod względem klinicznym stojących na pograniczu pomiędzy psychopatją i schizofrenją, lub też przypadki latami traktowane jako psychopatje, u których jednak zaczęły występować objawy schizofreniczne. Do 77 przypadków psychopatji włączyliśmy różne postacie psychopatji, co do których nie mieliśmy żadnych wątpliwości pod względem rozpoznawczo-klinicznym. Niektóre z nich były powikłane nieznacznymi objawami histerycznemi, czasem nadużyciem alkoholowem, w 2 przypadkach morfinizmem, w 3 zaś psychopatja była połączona z objawami debilitatis. Materjał powyższy co do miejsca pobytu chorych składał się z 27 przypadków Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego i Szpitala Św. Jana Bożego, z 29 przypadków Oddziału Psychjatrycznego Szpitala Szkolnego Oficerskiej Szkoły Sanitarnej, w 27 przypadkach Zakładu w Tworkach i z 15 przypadków Szpitala Więziennego dla psychicznie chorych w Grodzisku. Pozwolę sobie w tem miejscu podziękować za pozwolenie wykorzystania materjału i za ścisłe i wyczerpujące informacje co do chorych. P. Lekarzowi Naczelnemu D-rowi Łapińskiemu, P. Pułkownikowi Dr. Nelkenowi, P. Dyr. Łuniewskiemu i P. Dr. Korzeniowskiemu oraz wszystkim p. p. kolegom powyższych zakładów psychjatrycznych. Pod względem narodowościowym materjał nasz dotyczył prawie wyłącznie narodowości polskiej.

Wyniki badań podaję w tablicy III-ej.

Na naszym materjale stwierdzamy wyniki raczej zbliżone do wyników *Pilcza*. W grupie psychopatów stwierdziliśmy znacznie wzmożony % *B*, obniżony *O* i *A*, natomiast *AB* wypadło w normie.

TABLICA III. (materjał własny).

Rozpoznanie:	Grupa krwi: O		A		B		AB		Liczba przypadk razem
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	
Psychopatja	22	28,6	24	31,15	24	31,15	7	9,1	77
Psychozy reakt. . . .	1	—	1	—	1	—	—	—	3
Alkoholizm przewl. ze zwyrodn. alkohol. .	2	—	2	—	1	—	—	—	5
Psychopat. powikł. obj. sch.	6	—	5	—	2	—	—	—	13
Razem	31	31,6	32	32,7	28	28,6	7	7,1	98
Norma przeciętna wdł. Halberowny i Mydlarskiego	—	32,5	—	37,5	—	20,8	—	9,1	blisko 12000

Liczby powyższe są jeszcze w granicach błędu prawdopodobnego. A jednak na materjale *Pilcz'a*, *Gundela* i naszym musimy odnotować jedno wspólne zjawisko, a mianowicie: obniżenie grupy *O* i wzmożenie *B*. Innych ugrupowań podanych w tablicy III nie będę omawiał ze względu na szczupły materjał. Materjał ten zostanie włączony do innych obliczeń, o których bądziemy mówili niżej.

Jak widzimy materjał, dotyczący psychopatji spotyka ten sam los, co wogóle wszystkie badania, dotyczące chorób psychicznych t. j. nie mamy odchyleń od normy, któreby przekroczyły potrójny błąd prawdopodobny (poza obniżeniem grupy *O* u *Gundela*), lecz w każdym razie kierunek tych niepewnych odchyleń wypada u paru badających w głównych zarysach jednakowo.

Wzmożenie grupy *B* w psychopatji, otrzymane przez *Pilcz'a* i przez nas, jest zastanawiające jeszcze i z tego względu, że *Gundel* stwierdził silne wzmożenie grupy *B* u przestępców na materjale blisko 1000 więźniów. Wzmożenie to szczególnie było silne u przestępców ciężkich. Badania tego autora zostały potwierdzone przez *Böhmera* w Kilonji i przez *Canuto* we Włoszech, a zatem przez tego ostatniego na materjale narodowościowo odrębnym.

Mając w naszym materjale duży odsetek chorych kryminalnych mogliśmy łatwo uzyskać pewne dane na materjale polskim. Z pośród całego materjału 98 chorych mieliśmy chorych-przestępców 55. Podzieliliśmy ten materjał na 3 rodzaje przestępstwa: ciężkie, średnie i drobne. Oczywiście podział taki jest względny. Jako ciężkie prze-

stępstwa liczyliśmy zabójstwo, podpalenie, zgwałcenie; jako średnie— kradzież, oszustwo, sprzeniewierzenie, jako drobne — większą część przestępstw, związanych z warunkami służby wojskowej, a zatem niewykonanie rozkazu, obraza władzy, obelgi, awantury. Wyniki podane w tablicy IV.

TABLICA IV.

Przestępstwa:	Grupy krwi w odsetkach:				Liczba przypadków
	O	A	B	AB	
Ciężkie	32,0	20,0	40,0	8,0	25
Średnie	50,0	16,6	25,0	8,3	12
Drobne	33,3	33,3	27,8	5,5	18
Razem	36,4	23,7	32,7	7,3	55

Jakkolwiek wyniki nasze zostały obliczone na bardzo małej liczbie przypadków, na materjale szpitalnym a nie więziennym i na narodowościowo odmiennym potwierdzają wszakże całkowicie wyniki *Gundela*, a mianowicie; przestępcy dają wygórowany odsetek *B*, szczególnie ten odsetek wzrasta w przypadkach przestępstwa ciężkiego. Muszę zaznaczyć, iż w moim materjale zabójcy w liczbie 16-tu dali odsetek *B* najwyższy, sięgający 43,7%.

Badając grupy krwi u przestępców musimy wykluczyć pewien czynnik przypadkowy, a mianowicie: badani mogą się rekrutować z elementu napływowego z narodów wschodnich o wysokim procencie *B*; element ten w obcych dla niego warunkach walki o byt, być może, częściej przekraczając prawo, częściej wraca do więzienia i daje wskutek tego większp odsetek *B* pomiędzy więźniami.

Znaczniejszy niż w normie odsetek *B* pomiędzy przestępcami, szczególnie ciężkimi, daje nam jednak do myślenia, iż pewne cechy osobnicze, umożliwiające dokonanie przestępstwa, stoją w bliższym powinowactwie z tą grupą.

Przesuwałoby to zagadnienie kostytucji serologicznej z płaszczyzny: grupa krwi i jednostka chorobowa — w płaszczyznę: grupa krwi i cecha osobnicza. Do badań w tym zakresie w psychjatrji, być może najlepiej się nadaje właśnie psychopatja. A zatem wracalibyśmy znowu do naszych poprzednich rozważań: nie tylko—jednostka chorobowa i grupa krwi, lecz — zespół objawów, lub nawet pewien objaw, a konstytucja serologiczna. Potwierdzają to nasze stanowisko pewne obserwacje *Warnowskiego* z Monachium. Autor ten na materjale labolatoryjnym zauważył u histeryków, że afonja czynnościo-

wa, dążenie w dal spotyka się przedewszystkiem u osobników z grupą *A*; wyginanie ciała, atonja przewodu pokarmowego u osobników z grupą *O*; krańcowe czyny afektywne — u osobników z grupą *B*.

A zatem histerycy o krańcowych czynach afektywnych i przestępcy, szczególnie mordercy mieliby przewagę wspólnej grupy serologicznej.

Musimy wspomnieć o epileptykach. Siłą rzeczy częstszymi gośćmi zakładów zamkniętych są z pośród epileptyków epileptycy ze zmianami charakteru, a zatem z krańcową wybuchowośpią afektywną. Jak zaobserwowaliśmy na naszym nieopublikowanym materjale epileptycy również wykazują przewagę grupy *B*. Przypomnimy, iż to samo zarysowało się u *Malinowskiego i Siedleczki i u Kaszewarowej*.

Z obecnego naszego materjału 98 przypadków chorzy z silnemi reakcjami efektywnemi również wykazują odsetek grupy *B* wygórowany. Natomiast chorzy z pseudologją fantastyczną lub też z wybitnie zaznaczoną kłamliwością — razem 12 przypadków — dali odsetki zbliżone do ludności normalnej: *O*—33,3%, *A*—41,7%, *B*—16,6%, i *AB*—8,3%. Również chorzy z przesadnie wygórowaną ambicją wykazali odsetki, odpowiadające normie przeciętnej.

Przykłady niniejsze nie miały na celu zapodania jakichbądź wniosków konkretnych, lecz jedynie pewne zilustrowanie płaszczyzny badań nad związkiem cech osobniczych w psychopatji a grupą krwi.

Oczywiście płaszczyzna ta wykracza też poza granice psychopatji.

Naturalnymi są dążenia ustalenia związku konstytucji psychicznej z konstytucją serologiczną u osób zdrowych. W tym kierunku ukazała się już jedna praca, wykonana przez Japończyka *Furukawę*. Autor ten usiłował ustalić związek pomiędzy temperamentem a grupą krwi, a właściwościami psychicznemi. Autor rozróżnia typy temperamentu: aktywny i bierny i znajduje, iż grupy *O* i *B* w 80% odpowiadają temperamentowi „aktywnemu", grupy zaś *A* i *AB* temperamentowi „biernemu".

Pracę Furukawy należy uważać za zapoczątkowanie badań w tym zakresie.

Być może dałyby również wyniki próby prześledzenia współczesności dziedziczenia cech psychicznych i grup krwi w badaniach genealogicznych, prowadzonych w szerszym zakresie, a mianowicie: rodzin psychopatów lub też wogóle psychicznie chorych, albo też

nawet rodzin zdrowych. Praca moja, dotycząca badań genealogicznych, jako mająca na celu zapoczątkowanie badań w tej dziedzinie siłą rzeczy została ujęta w sposób nieskomplikowany.

Jak widzimy prace dotychczasowe, omawiane w referacie niniejszym nie tworzą wykończonej całości raczej nietylko tylko cykl prac w płaszczyźnie: grupa krwi, a choroba psychiczna, w którym materjał, dotyczący psychopatji jest uwzlędniony pobocznie i parę wysepek zapoczątkowanych badań w innych płaszczyznach.

Na podstawie dotychczasowych badań możemy zatem mówić jedynie o zagadnieniu konstytucji serologicznej u psychopatów.

Drogi, któremi powinno się dążyć do rozwiązania tego zagadnienia, zarysowują się następująco:

1) Zbieranie materjału grup krwi u psychopatów wogóle celem nagromadzenia materjału o wielkich liczbach, zdatnych do obliczenia stosunków odsetkowych grup krwi u psychopatów z jaknajmniejszym błędem prawdopodobnym. Porównanie uzyskanych w psychopatji odsetków grup krwi z odsetkami odsetków grup krwi ludności zdrowej, a zatem ostatecznie ustalenie różnic pomiędzy psychopatami, a ludnością zdrową, lub też wykazanie, że różnic tych niema.

2) Zestawienie grup krwi z pewnymi zespołami cech psychopatycznych, uzyskanych na podstawie głębszej analizy klinicznej, a zatem usiłowania ustalenia związku konstytucji psychicznej z konstytucją serologiczną w obrębie psychopatji ze szczególniejszem uwzględnieniem siły reakcyj psychicznych, wykazanych w przebiegu życia osobnika i z ew. równoległem badaniem związku konstytucji psychicznej i serologicznej u ludności zdrowej.

3) Badania geneologiczne grup krwi u rodzin, obarczonych psychopatją i nawet u rodzin, obarczonych chorobami psychicznemi wogóle z dążeniem do ustalenia jednoczesności dziedziczenia pewnych cech lub pewnych zespołów cech psychicznych z dziedziczeniem grup krwi.

Na podstawie badań dotychczasowych o charakterze zaledwie orjentacyjnym możemy jednak przypuszczać, iż dalsze badania w tym zakresie mogą doprowdzić do pewnych wyników pozytywnych. Nie możemy z góry rezygnować z badań lub też stawiać w pół drogi, przesądzając kwestję, iż dojdziemy do wyników negatywnych.

Ściśle określone cechy konstytucyjne jakiemi są grupy krwi i ponadto cechy ujmujące zjawiska konstytucji pod innym kątem widzenia, a mianowicie: konstytucji serologicznej — nie mogą być pominięte i muszą być wypróbowane w krzyżowym ogniu licznych badań.

PIŚMIENNICTWO.

1) Amzelówna i Halberówna. Badania nad odczynem Wassermanna w związku z konstytucyjnemi własnościami krwi. Med. dośw. i Społ. t. V z. 3/4. 1925. 2) Berstein: Dis Verteilung d. Blugruppen unter den Geisteskranken u. ihre Vererbung. Refer. Ztbltt f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 41/S. 875. 1925. 3) Böhmer cyt. przez Gundel'a i Tornquista. 4) Canuto cyt. przez Gundel'a i Tornquist'a. 5) Chominskij B. u. Schustowa Z.: Zur Frage d. Zusammenhanges zwischen Blutgruppe u. Psychisch. Erkrankung. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 115. S. 303. 1929. 6) Dölter i Heimann cyt. przez Jacobsohn'a. 7) Fottowich G: Gruppi sanguigui e malattie mentali. Riv. Neur. I p. 207. 1928. 8) Furukawa Takeji. Die Erforschung d. Temperamente mittels der experimentelles Blutgruppenuntersuchung. Zeitschrift angew Psychologie Bd. 31. S. 271. 1928. 9) Grauberg — Rozentalowa O. i Herman E.: Badania nad grupami krwi w schorzeniach układu narwowego. Księga Jubileuszowa Edwarda Flataua. Warszawa 1929. 10) Gnndel M.: Rassenbiologische Untersuchungen an Strafgefangenen. Klin. Wchschr. II. S. 2165. 1926. 11) Gundel M: Bestehen Zusammenhänge zwischen Blutgruppe und Luesdisposition sowie zwischen Blutgruppe und Erfolg der Luestherapie? Kiin. Wchschr. N. 36. S. 1703. 1927. 12) Gundel. M. u. Tornquist A.: Uber Beziehungen zwischen Blutgruppen u. Geisteskrenkheiten. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 86. H. 4. S. 576. 1929. 13) Halberówna i Mydlarski: Badania nad grupami serologicznemi w Polsce. Med. dośw. i społ. t. IV. z. 3/6. 1925. 14) Hilgers W. E., Wohlfeil T. u Knötzke F.: Boitrage zur Blutgruppenforschung. Klin. Wochsch. II. S. 2101. 1928. 15) Hirszfeld L: Uber die Konstytutionsserologie im Zusammenhag mit der Blutgruppenforschung. Klin. Wechsch. N. 40, 41. 1927. 16) Hirszfeld L: Grupy krwi w patologji. Warsz. Czasop. Lek. N. 30, 31. 1928. 17) Hirszfeld Ludwik: Konstitutionsserologie und Blutgruppenferschung. Berlin. Springer. 1928. 18) Jacobi J: Übersicht über die Lehre u. dess. bisherigen Stand der Blutgruppenforchung mit besond. Berücksichtigung d. Forensischen. Psych. neur. Wochenschrift Jg. 29. N. 46. S. 510. 1927. 19) Jacobsohn: Über die Blutgruppenzugehörigkeit der Paralytiker Zeftschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 105. S. 810. 1926. 20) Jansky: Hämatolog. Studien bei Psychotikern. 1906. Jahresbericht 1907. S. 1028. 21) Judin T. I.: Psichopaticzeskije konstitucii. Wyd. Sabasznikowych, Moskwa. 1926. 22) Kahn E.: Die psychopathischen—Handbuch d. Geisteskrankheiten herausgegeben V. Oswald Bumke. Berlin. Springer 1928. 23) Kaszewarowa M. K: Gruppowaja prinadleżność krowi, tiełosłożenije i psichozy. Raboty Psich. Klin Kazanskago Uniwiers. Wyp. II. St. 144. 1928. 24) Lattes. Die Indiridualität d. Blutes. Übersetzt v. Schiff. Berlin. Springer. 1925. 25) Malinowski J. i Siedleczka K.: Grupy serologiczne krwi u psychicznie chorych Zakładu w Kobierzynie. Pol. Gaz. Lek. N. 49. 922. 1926. 26) Meyer Fr.: Die Blutgruppenverteilung in der schlesischen Bevölkerung sowie die Beziehung d. Blutgruppen zu Geisteskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschrift N. 35. S. 1461. 1928. 27) Perkel J. i Izraelson M.: Raspriedielenije krowianych grup u bolnych sifilisom centralnoj nierwnoj sistiemy, wnutriennich

organow i s trieticznymi formami kożnych sifilidow. Trudy Odessk. Derm. Instituta T. I. 1927. 28) Pilcz Alexander: Untersuchungen über Blutgruppenzugehörigkeit bei Geisteskranken. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 45. H. 2. S. 120. 1927. 28) Poll: Hiffsmittei für die Erfoigsstatistik. Klin. Wochenschr. II. S. 1777. 1928. 30) Proescher F. and Arkush A. S.: Blood groups in mental diseases. Journal of Nervous and Mental Disease Vol 65. N. 6. 1927. 31) Raphael Theophile, Olive M. Searle and William Scholten. Blood groups in schizophrenia and manic-depressive psychosis. Americ. Journ. of psychiatrie Vol. 6 N. 1 1927 Ref. Ztbltt. f. ges. N. P. Bd. 48. S. 365. 32) Schiff F.: Die Blutgruppenverteilung in der Berliner Bevölkerung. Klin. Wchschr. II. S. 1660. 1926. 33) Snyder cyt. przez Jacobsohn'a. 34) Straszyński A.: Zachowanie się odczynu Bordet-Wassermanna w kile leczonej u osobników różnych grup serologicznych. Med. Dośw. i Społ. t. V. z. 5/6 1925. 35) Staszyński A: Über das Ergebnis der Wassermannschen Reaktion innerhalb verschiedener Blutgruppen bei behandelter Lues. Klin. Wchschr. N. 41. 1825. 36) Staszyński A: Skłonność do pewnych chorób skórnych u osobników różnych grup serologicznych. Przegl. Dermatol. N. 3/4. 1925. 37) Swider Z. i Kon N: Badanie nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików. Grupy krwi a usposobienie osobnicze do grużlicy. Poł. Arch. Med. Wewn. T. V. z IV 1927. 38) Swider Z. i Kon N: Badanie nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików. Zespoły barwnikowe, grupy krwi a usposobienie osobnicze do gruźlicy. Pol. Arch. Med Wewn. t. V z. IV 1927. 39) Swider Z. Kon N. i Mancewiczówna M: Badanie nad grupami serologicznemi krwi u grnźlików. Grupy krwi a przebieg kliniczny gruźlicy. Pol. Arch. Med. Wewn. t. VI zesz. 2. 1928, 40) Warnowsky: Über die Beziehungen der Blutgruppen zu Krankheiten. Münch. med. Wchschr. N. 41. S. 1758. 1927. 41) Wilczkowski E.: Badanie genealogiczne konstytucyjnych grup serologicznych krwi kilku rodzin, obarczonych chorobami umysłowemi. Pol. Gaz. Lek. N. 38. 1926. 42) Wilczkowski E.: Blutgruppenuntersuchungen bei Schizophrenie u. Progressiver Paralyse Klin. Wchschr. N. 4. 1927. 43) Wilczkowski E.: Badania konstytucyjnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców postępujących. Rocznik Psychjatryczny zesz. V. 1927. 44) Würz Paul: Über Blutgruppenverteilung dei Schizophrenen. Schweiz. med. Wochenschrift Jg. 58. N. 14. S. 353. Ref. Ztbllt. f. ges. N. P. Bd. 50. S. 489.

PSYCHOPATJA USTROJOWA W TEORJI I PRAKTYCE SĄDOWO - PSYCHJATRYCZNEJ.

podał

WITOLD ŁUNIEWSKI (Tworki).

Znaczenie sądowo-psychjatryczne psychopatji ustrojowej w sprawach karnych jest bardzo doniosłe. Wynika ono przedewszystkiem z faktu niezmiernie częstego popadania psychopatów w w konfikt z normami praw obowiązujących. Fakt ten pochodzi stąd, że w samej istocie konfliktu obywatela z normami praw bardzo często ujawniają się już znamiona osobowości psychopatycznej i vice-versa samą istotę obrazu klinicznego psychopatji ustrojowej cechują anormalności, które bardzo często stają się źródłem trudności dostosowania się osobowości psychopatycznej do norm, stanowiących warunek zgodnego współżycia z otaczającem społeczeństwem i ustalonych przez prawodawcę.

Ale nie tylko ilościowy udział przypadków psychopatji ustrojowej w sprawach karnych decyduje o jej szczególnem znaczeniu w praktyce sądowo - psychjatrycznej. W samym chrakterze psychopatji, stojącej na pograniczu pomiędzy zdrowiem i chorobą, kryją się źródła tych szczególnych trudności, z jakiemi spotyka się rzeczoznawca przy ocenie zdolności prawnych osobnika psychopatycznego. Trudności te splatają się z całym szeregiem zasadniczych zagadnień teoretycznych, związanych z pojęciem poczytalności w prawie karnem i z mnóstwem wcale nie łatwych zagadnień praktycznych, które wyłaniają się w każdym niemal konkretnym przypadku psychopatji przy naginaniu naszych orzeczeń do obowiązujących formuł prawnych.

Zakres zagadnień sądowo - psychjatrycznych, jakie nastręcza psychopatja ustrojowa jest tak olbrzymi, że byłoby niepodobieństwem kusić się o wyczerpujące opracowanie tego tematu w krót-

kim referacie zjazdowym; ograniczyć się więc muszę do szkicowego jedynie przedstawienia najistotniejszych punktów zagadnienia.

Jedną z pierwszych spraw, jakie wypadnie nam tu omówić, będzie sprawa określenia pojęcia psychopatji ustrojowej, które umożliwiłoby nam ustalenie granic tego pojęcia przed forum sądowem.

Jeżeli zaliczylibyśmy do kategorji psychopatji te wszystkie przypadki nienormalności psychicznych, które nie mieszczą się w ramach klinicznie określonych procesów chorobowych po wyłączeniu z tej pozostałości stanów niedorozwoju intelektualnego, otrzymamy w rezultacie pojęcie, określone cechami negatywnemi tylko. Ażeby módz takiem pojęciem operować musielibyśmy ściśle sprecyzować pojęcie przeciętnej normy psychiki ludzkiej oraz ustalić zasadę, że wszystko to, co od takiej normy przeciętnej odbiega, stanowi już zjawisko psychopatyczne. Ponieważ żaden z tych warunków nie ma widoków powodzenia, *Schneider* probuje ograniczyć pojęcie psychopatji w ten sposób, że zalicza do osobników psychopatycznych nie wszystkich osobników, odbiegających od normy przeciętnej, ale tylko tych, którzy albo sami cierpią z powodu swej nienormalności, albo swoją nienormalnością sprawiają cierpienia otaczającemu ich społeczeństwu. Zarówno *Schneider*, jak i inni autorowie, próbujący zdefiniować pojęcie psychopatji, zastrzegają się przeciw stosowaniu cechy „chorobowości" przy określaniu tego pojęcia, podkreślając przez to, że mamy tu do czynienia nie z procesem chorobowym, ale wyłącznie tylko ze stanem konstytucjonalnym osobowości.

Dla ściślejszej definicji pojęcia „psychopatyczności", w szczególności zaś przy zastosowaniu tej definicji na forum sądowem ważnym jest fakt, że różnice, dzielące osobowość psychopatyczną od osobowości, uważanej za normalną — nie psychopatyczną, są natury wyłącznie tylko *ilościowej*, a nie jakościowej. Jeżeli w pewnych przypadkach zjawiska psychopatyczne robią na nas wrażenie czegoś jakościowo odrębnego od tego, co spotykamy wśród ludzi pełnowartościowych, to drogą analizy możemy się zawsze przekonać, że mamy tu do czynienia z wytworami wtórnymi, powstałymi na tle nie jakościowych, ale wyłącznie tylko ilościowych odmian.

Znamię psychopatyczności otrzymuje osobnik, jak to słusznie podkreśla *Kahn*, nie przez to, że posiada tę lub inną cechę psychopatyczną, ale jedynie dzięki ilościowej dysharmonji jego właściwości we wzajemnym ich stosunku miedzy sobą oraz w stosunku do całokształtu osobowości.

Na podstawie wyników nowoczesnych badań charakterologicznych (*Klagesa, Ewalda, Krausa, Birnbauma* i in.), *Kahn* dochodzi do wniosku, że to, co spotykamy w psychopatji dotyczy ilościowych osobliwości psychopatów w zakresie ich życia popędowego, ich temperamentu i ich charakteru, nieuzgodnionych harmonijnie między sobą i całokształtem jednostki psychopatycznej.

Przyczynowa charakterystyka osobowości psychopatycznej nie daje nam jednak jeszcze pełnego jej obrazu. *Kahn* dodaje do niej cechy natury teleologicznej, ujęte w ramy ideologji psychologji różniczkowej *Sterna*. Normalnie rozwiniętego osobnika zdrowego cechuje posiadanie własnego systemu celów, związanych z popędem samozachowawczym i dążnością do rozwoju swej indywidualności (Selbstentfaltung). Ten system celów osobniczych (autotelia) podporządkowuje się u zdrowych ludzi systemowi celów cudzych (heterotelia) w ten sposób, że te ostatnie zostają włączone do systemu celów własnych osobnika drogą t. zw. introcepcji. Utrzymanie równowagi pomiędzy autotelją i heterotelją, a przynajmniej dążenie do tej równowagi (ortotelja) jest zadaniem nie jednakowo łatwo dostępnem dla wszystkich nawet w granicach zupełnego zdrowia. Gładko udaje się sprostać temu zadaniu osobnikom o uzgodnionym stosunku wzajemnym ich budowy cielesnej, popędów, temperamentu i charakteru (osobniki charakterologicznie uzgodnione — konkordante Persönlichkeiten), ale sprawia już utrzymanie tej równowagi celów mniejsze lub większe trudnośei osobnikom o nieuzgodnionym stosunku ich właściwości charakterologicznych (diskordante Persönlichkeiten).

Dążenie do osiągnięcia równowagi pomiędzy systemem celów własnych i celów otoczenia zawodzi całkowicie u osób psychopatycznych, które nie są w stanie ani rozwinąć należycie swej własnej autotelji, ani podporządkować jej heterotelji. W związku z tą niedomogą utrzymania równowagi ortotelicznej osobnik psychopatyczny szwankuje w wartościowaniu celów. Podobnie jak dziecko lub osobnik, niedojrzały psychopata operuje wartościami pozornemi i wprowadza je do swego niezrównoważonego systemu celów. Nieprawidłowe wartościowanie celów własnych i cudzych u osobnika psychopatycznego nie polega jednak na jakościowych zmianach, ale wypływa wyłącznie tylko z ilościowych odchyleń i nie jest czemś bezwzględnem i stałem.

Ilościowe odchylenia w wartościowaniu swoich własnych celów i celów cudzych, które prowadzą jednostkę psychopatyczną na drogę dążeń do celów pozornych, upośledzają ją w jej samodzielnej działalności celowej. Pod mianem osobnika psychopatycznego należy za-

tem, zdaniem *Kahna*, rozumieć takiego osobnika nieuzgodnionego pod względem jego właściwości charakterologicznych (discordante Persönlichkeit), który pod przyczynowym kątem widzenia wyróżnia się *ilościowemi* odchyleniami we wzajemnym ustosunkowaniu się jego popędów, temperamentu i charakteru, który zarazem zostaje upośledzony w jego jednolitych dążnościach i w jego jednolitej działalności celowej wskutek *ilościowych* odchyleń w wartościowaniu celów własnych i cudzych.

Powyższa definicja osohowości psychopatycznej pozwala nam odgraniczyć w zasadzie osobnika psychopatycznego od osobnika niepsychopatycznego, wskazuje ona jednak zarazem na te szczególne trudności, jakie nastręcza ocena sądowo-psychjatryczna psychopaty.

Jasną jest rzeczą, że człowiek doskonale sharmonizowany we wzajemnym układzie jego budowy cielesnej, jego popędów, temperamentu i charakteru, jest osobnikiem pełnowartościowym i posiada pełnię poczytalności w znaczeniu sądowem. Ale jak mamy oceniać człowieka niesharmonizowanego doskonale, który w zwykłych warunkach jego bytowania daje sobie radę z utrzymaniem się na poziomie równowagi ortotelicznej i wskutek tego nie jest jeszcze psychopatą w rozumieniu definicji *Kahn'a*, który jednak tempore criminis ujawnia brak tej równowagi w przypadku konfliktu życiowego, dającego mu powód do popełnienia czynu zakazanego przez prawo? Różnica, jaka dzieli osobowość niesharmonizowaną, ale zdrową od osobowości psychopatycznej, jest różnicą tylko gradualną, wiadomo bowiem, że mimo braków adaptacyjnych także i znaczna część psychopatów daje sobie jakoś radę w życiu i powstrzymuje się od czynów występnych dopóty, dopóki niepomyślne warunki zewnętrzne nie popchną jej na drogę konfliktu z przepisami prawa.

Trudności w ocenie poczytalności osobnika psychopatycznego wypływają stąd, że psychopata, jeśli nie jest równocześnie upośledzony pod względem intelektualnym, nie ma żadnych przeszkód jakościowych w rozumieniu znaczenia zakazu prawnego, jak to ma miejsce u osób dotkniętych chorobą psychiczną sensu stricto, ocenia on tylko *ilościowo* odmiennie znaczenie celów swoich działań i ma trudności w dostosowaniu swego postępowania do norm prawnych. Psychopata nie posiada zatem w mniejszej lub większej mierze tych wszystkich warunków, jakie zawierają się w psychologicznych kryterjach, ustalonych przez prawodawcę dla stanów niepoczytalności, posiada je tylko częściowo i tym sposobem poczytalność osobnika psychopatycznego staje się niezupełną, ograniczoną — raczej może „wypaczoną" w tym lub innym kierunku niż „zmniejszoną".

Termin „poczytalności wypaczonej" (capacité penale deviée) z którym spotkałem się w książce *Lagniel-Lavastin'a* p. t. „La pratique psychiatrique", wydaje mi się bardzo trafnie dobranym dla oznaczenia tego stanu poczytalności, z jakim spotykamy się tak często u psychopatów. Usuwa on to głębokie nieporozumienie, jakie kryje w sobie używany dotychczas termin „zmniejszonej poczytalności" (reponsabilité attenuée — verminderte Zurechnungsfähigkeit).

Postulat ulegalizowania *„poczytalności zmniejszonej"*, wysuwany już oddawna przez sfery lekarskie i prawnicze i związany z tym postulatem problem wprowadzenia do kodeksu karnego, obok możności nadzwyczajnego łagodzenia represyjnych norm karnych, także środków ochrony społecznej w postaci zakładów detencyjnych dla przestępców mniej wartościowych, ale zarazem niebezpiecznych dla otoczenia, wydawał się do niedawna jednym z najlepszych sposobów usunięcia tych wszystkich trudności, jakie w postępowaniu karnosądowem nastręczają przestępcy mniej wartościowi, rekrutujący się w kapitalnej części z pośród psychopatów.

Prawnej stronie tego zagadnienia „poczytalności zmniejszonej" poświęcił niedawno w literaturze polskiej obszerną książkę *Berger*, przedstawiając wyczerpująco porównawcze ujęcie tego zagadnienia w prawodawstwach europejskich i pozaeuropejskich w historji i w chwili obecnej. Lekarską stronę „poczytalności zmniejszonej" omawia w ostatnich czasach bardzo obszernie praca monograficzna *Wilmanns'a*.

Na podstawie olbrzymiego materjału faktów i cyfr *Wilmanns* stwierdza przedewszystkiem, że próby wyodrębnienia psychopatów mniej wartościowych w zakładach specjalnych dały dotychczas najfatalniejsze wyniki. Dotyczy to zarówno specjalnych oddziałów dla psychopatów kryminalnych przy zakładach psychjatrycznych, jak i oddziałów dla psychopatów kryminalnych przy zakładach karnych.

Psychopaci, uznani za takich oficjalnie i pozyskujący przez to pewne prawa do przywilejów „chorego", skoncentrowąni w takich oddziałach stawali się zawsze najcięższą plagą dla administracji i personelu tych zakładów.

W szczególności stwierdzono, że fakt istnienia przy więzieniu oddziału o specjalnym charakterze szpitalnym, gdzie dają lepsze pożywienie, gdzie jest więcej swobód i gdzie więzień napotyka na łagodniejsze traktowanie, uwzględniające zasadę indywidualizacji, budzi u wielu więźniów psychopatycznych życzenie dostania się do tego oddziału i sprzyja powstawaniu „psychoz więziennych".

Internowanie psychopatów kryminalnych przez czas dłuższy w zakładach psychjatrycznych prowadzi do tego, że zakłady psychjatryczne muszą się uciekać w stosunku do tych pacjentów do takich środków, które stają w sprzeczności z przewodniemi zasadami postępowania w zakładach psychjatrycznych. Stwierdzono, że wzrastający napływ niesfornych elementów psychopatycznych do zakładów psychjatrycznych wywołał śród lekarzy zakładowych reakcję obronną, ujawniającą się zarówno w utrudnianiu przyjmowania kryminalnych psychopatów do zakładów, jak i w tendencji do możliwie rychłego pozbycia się ich.

Z licznych opinji cytowanych przez *Wilmanns'a* zasługuje na uwagę opinja *Pollitza*, lekarza psychjatry, który został dyrektorem normalnego więzienia. Na podstawie swego wieloletniego doświadczenia wypowiada się on stanowczo przeciw wyodrębnianiu psychopatów i uważa, że stosowanie względem psychopatów zwykłego, normalnego regulaminu więziennego jest najracjonalniejszym sposobem postępowania z elementami psychopatycznymi w więzieniu. Rozsiani pomiędzy więźniami mniej psychopatycznymi i niepsychopatycznymi psychopaci łatwiej podporządkowują się regulaminowi i skuteczniej dają się uspołecznić niż w tym przypadku, kiedy się ich wyodrębnia. Wyodrębnienie psychopaty z więzienia normalnego musi jednak następować w przypadkach wybuchów wyraźnych ostrych objawów psychozy reakcyjnej w więzieniu.

Ale nie tylko na podstawie doświadczeń, poczynionych w Niemczech z wyodrębnianiem psychopatów kryminalnych wypowiada się *Wilmanns* przeciwko projektom wprowadzenia do kodeksu karnego pojęcia „poczytalności zmniejszonej". Wskazuje on na niebezpieczeństwo nadużywania tego pojęcia, które nazywa „pojęciem kauczukowem", to znaczy bardzo rozciągliwem i nadającem się znakomicie do nadużywania go przez subjektywne interpretacje lekarzy, sędziów i obrońców. Jeżeli dziś rzeczoznawca napotyka przy swoich orzeczeniach na sztuczną wprawdzie, ale jedną ostro zarysowaną granicę pomiędzy poczytalnością i niepoczytalnością, to konieczność wypowiedzenia się w tych warunkach czy za poczytalnością czy za niepoczytalnością oskarżonego zniewala go do wyczerpania wszystkich możliwych sposobów badania. Z chwilą wprowadzenia do kodeksu pojęcia poczytalności zmniejszonej powstałyby dwie linje graniczne, dzielące człowieka odpowiedzialnego od nieodpowiedzialnego; każda z tych linji granicznych miałaby swoje pogranicza i decyzja stawałaby się nietylko nie łatwiejszą, ale może nawet trudniejszą. Poczytalność zmniejszona mogłaby się stać bardzo dogodną furtką dla

rzeczoznawców, którzy nie zbadali oskarżonego dość starannie. Przedewszystkiem zachodziłaby obawa, że wiele osób, dotkniętych chorobą psychiczną, ujawniających jeszcze pewien stopień rozumienia swoich czynów i pewien stopień opanowania (np. paralityk w stadjum początkowem, schizofrenik po minięciu objawów burzliwych i t. p.) zostałoby zakwalifikowanych do kategorji osób o zmniejszonej poczytalności i niesłusznie podlegałoby karze. W stosunku do osób, uznanych za posiadające poczytalność zmniejszoną, sędzia, któryby je sądził, nie mógłby stosować innych kryterjów, jak tylko kryminalnalno-psychologiczne, bo trudno byłoby wymagać odeń by zastosował przy wydawaniu wyroków kryterja natury psychopatologicznej. Jeżeli sędzia liczy się dziś ze zdaniem rzeczoznawcy i na tem zdaniu w dużej mierze, jeżeli nie bezwzględnie, polega, to w tym przypadku, gdyby miał drogę pośrednią pomiędzy poczytalnością i niepoczytalnością, łatwiej decydowałby się na to, by iść własną drogą wbrew opinji lekarskiej. Groziłoby to szczególnem niebezpieczeństwem w sądach przysięgłych zwłaszcza w procesach politycznych; poczytalność zmiejszona mogłaby tu bardzo łatwo odegrać rolę furtki dla osobistych sympatji lub antypatji sędziów względem oskarżonego. Przy niezmiernem rozpowszechnieniu różnorodnych odchyleń od normy psychicznej i wyraźnej tendencji do powoływania się na nie przez oskarżonych, należących do sfer zamożniejszych, obrońcy dążyliby do powoływania się na poczytalność zmniejszoną niepomiernie często. Jeżeli dziś już można stwierdzić, że oskarżeni, należący do klas posiadających, częściej korzystają z przywilejów niepoczytalności, niż oskarżeni ze sfer uboższych, mniej uświadomieni co do znaczenia subtelnych przejawów nienormalności psychicznych, zachodziłaby obawa, że z chwilą, kiedyby poczytalność zmniejszona zyskała prawo obywatelstwa w kodeksie karnym, wymiar sprawiedliwości byłby w wyższej jeszcze mierze narażony na zejście na tory „sprawiedliwości klasowej".

Drogę do uregulowania sprawy niebezpiecznych psychopatów kryminalnych widzi *Wilmanns* w reformie obecnego systemu penitencjarnego. Więzienia powinny się upodobnić zdaniem *Wilmannsa*, do zakładów psychjatrycznych pod względem segregacji więźniów, a system kar warunkowych, w którym termin pozostawania więźniów pod zamknięciem uzależnia się od jego zachowania się i opinji władzy więziennej, dałby społeczeństwu skuteczną broń w stosunku do tych osobników psychopatycznych, u których zachodzi obawa, że po wyjściu z więzienia staną się przestępcami na nowo. *Wilmanns* szkicuje nawet projekt takiego więzienia, wzorowanego na zakładzie

psychjatrycznym pod względem segregacji więźniów, opartej nie tak jak dziś na formalnym momencie długości terminu kary, ale na psychologicznych właściwościach przestępcy z uwzględnieniem postulatów wychowawczych.

Oto w najogólniejszych zarysach przesłanki, na których podstawie *Wilmanns* wypowiada się kategorycznie przeciw projektowi wprowadzenia do niemieckiego kodeksu karnego artykułu, umożliwiającego stosowanie poczytalności zmniejszonej. Przyznać muszę, że zapoznanie się z obszernie umotywowanemi wywodami *Wilmannsa* zachwiało we mnie przekonanie o konieczności i celowości formalnego wprowadzenia do kodeksu poczytalności zmniejszonej, która wydawała mi się przedtem najlepszym sposobem usunięcia tych trudności, z jakiemi ma obecnie do czynienia rzeczoznawca psychjatryczny przy ocenie psychopatów. Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że ulegalizowanie poczytalności zmniejszonej bez równoczesnego wprowadzenia gruntownie przemyślanego systemu celowych środków ochronnych w stosunku do niebezpiecznych psychopatów kryminalnych byłoby inowacją bardzo ryzykowną.

Przemawiają za tem doświadczenia tych krajów, które w swoich kodeksach posiadają poczytalność zmniejszoną. Powołałbym się tu na przykład Danji, gdzie opinja całego świata lekarskiego i prawniczego, jak o tem świadczy sprawozdanie prof. *Torpa* z Kopenhagi na jednym z kongresów, domaga się usunięcia nadzwyczajnego łagodzenia kary dla przestępców ze zmniejszoną poczytalnością.

Autor ciekawej książki, poświęconej zagadnieniu przestępczości (Le crime et la société) *Maxvell*, lekarz i prokurator w jednej osobie, nazywa pogląd, w myśl którego poczytalność zmniejszona ma powodować łagodzenie kary, poprostu monstrualnym. Zasługują na uwagę myśli tego autora, dotyczące niebezpieczeństwa oparcia kodeksu karnego na podstawie czysto deterministycznej, która wymagałaby logicznie zamiany środków karnych na ośrodki ochronne.

Faktem jest, że wiara w wolność woli jest poglądem znacznej większości dzisiejszego społeczeństwa. Jest to fakt dużego znaczenia socjalnego, z którym nie może nie liczyć się prawodawca, jeśliby nawet sam tej wiary większości nie podzielał. „Historja uczy nas, pisze *Maxvell*, że siła socjalna opinji nie zależy od jej prawdziwości, ale od liczby osób, które ją podzielają, oraz od energji ich przekonania; miernikiem prawdy (socjalnej) pozostanie zawsze człowiek". Wydaje mi się, że żadna formuła prawna nie będzie mogła uwolnić nas od trudności przy ocenach sądowo-psychjatrycznych tych stanów ustrojowych anormalności psychicznych, które nie zależą od

określonego procesu chorobowego, ale są tylko *ilościową* odmianą stanów normalnych. Reakcja patologiczna psychopaty przy stosunkowo nikłych powodach zewnętrznych i silne wzruszenie psychiczne przeciętnego człowieka zdrowego przy silnych przeżyciach są do siebie podobne nie tylko zewnętrznie. O każdym z tych stanów możemy powiedzieć zawsze, że ogranicza on w dużej mierze możność świadomego kierowania działaniem człowieka, zarubrykowanie zaś stanów psychopatycznych do tej lub innej szufladki kodeksowej zawsze będzie zagrożona subjektywizmem ocen rzeczoznawcy. „Przeważnie mamy tu do czynienia, jak mówi *Bleuler* z oceną ilościową stosunku defektu psychicznego do powodu, wywołującego reakcję kryminalną, a więc z czemś, co nie da się ocenić inaczej, jak tylko miarą subjektywną".

W przypadkach lżejszch zaburzeń równowagi psychicznej winniśmy uznać psychopatę za poczytalnego. W przypadkach cięższych, z ciężkiem obarczeniem dziedzicznem, z licznemi znamionami zwyrodnienia fizycznego i psychicznego, jak również w przypadkach, powikłanych niedorozwojem intelektualnym znaczniejszego stopnia musimy przychylać się w ocenach sądowo-psychjatrycznych w kierunku niepoczytalności. Za niepoczytalnością psychopaty przemawiać mogą jego niezwykłe sposoby reagowania na podniety, działanie w afekcie, afekt patologiczny, działanie pod wpływem alkoholu lub niezwykły sposób reagowania na zatrucia wyskokowe. Nienormalny kierunek uczuć psychopaty może przewyższać swoim wpływem na postępowanie przeciętne sposoby odczuwania ludzi zdrowych, sam przez się nie wystarcza on jednak jeszcze do uznania psychopaty za niepoczytalnego, np. w przypadkach przestępstw seksualnych.

Duże trudności pod względem ocen sądowych nastręczać mogą psychopaci anankastyczni. Natrętne popędy do czynów, zakazanych przez prawo, same przez się nie wystarczają do ekskulpowania winowajcy.

Jednakże silne uczucie lęku, towarzyszące popędowi natrętnemu, następujące potem zaburzenie pamięci, ogólne osłabienie hamulców, które mogłyby się przeciwstawić popędowi natrętnemu, mogą w pewnych przypadkach przemawiać za niepoczytalnością psychopaty anankastycznego.

Rozważania moje dotyczą ogólnego znaczenia sądowo-psychjatrycznego psychopatji ustrojowej, jako pewnej grupy typow o pewnych wspólnych rysach zasadniczych. Nie dotykałem dotychczas

tych niezmiernie licznych typów poszczególnych psychopatji, które różnią się pomiędzy sobą dość wyraźnie nie tylko pod względem objawowym, ale także i pod względem ich znaczenia kryminalno-psychopatologicznego.

Zawiłe systematy klasyfikacyjne psychopatji, które szczegółowo omawia w swoim referacie kol. *Sterling*, mają znaczenie czysto teoretyczne i nie nadają się dla praktycznych celów sądowo-psychjatrycznych, w szczególności nie nadają się też dla celów statystycznych.

Systemy klasyfikacyjne *Kahn'a* i *Homburger'a* opierają się na podstawach wielopłaszczyznowych i trudno mi wyobrazić sobie taki konkretny przypadek psychopatji, którýby dał się bez zastrzeżeń zarubrykować w jednej z przedziałek jednej lub drugiej z tych klasyfikacji.

W każdym niemal konkretnym przypadku psychopaty możemy znaleźć pewne anormalności popędów obok anormalności temperamentu lub charakteru (podstawa klasyfikacyjna *Kahna*) tak samo, jak w każdym niemal konkretnym przypadku psychopatji odmiany zasadniczego nastroju życiowego mogą krzyżować się z ilościowemi odmianami pobudek do czynu, ze zmianą skłonności do prostszego lub więcej złożonego ustosunkowania się osobowości do świata zewnętrznego, jak również z odmianami skłonności do wytwarzania sobie celów życiowych (podział klasyfikacyjny *Homburgera*). Postacie psychopatji ustrojowej, z jakiemi spotykamy się w praktyce sądowo-psychjatrycznej, nie mieszczą się też ani w ramach „specjalnych aspołecznych kategorji postaci życiowych" *Homburgera* ani też w rubryce „złożonych typów psychopatycznych" *Kahna*.

Do statystycznego uporządkowania materjału kazuistycznego nadawałaby się jedynie może starsza systematyka typologiczna *Schneider'a*, zmodyfikowana przez *Kahna*, która nie stanowi zamkniętej całości klasyfikacyjnej i może być dopełniana w miarę potrzeby.

Systematyka *Schneider'a* rozróżnia 16 mniej lub więcej ostro zarysowujących się typów psychopatów. Typy te, ustalone na podstawie obrazu klinicznego, nie odzwierciadlają odmian pod względem socjalności psychopatów, które z punktu widzenia sądowo-psychjatrycznego interesować nas muszą przedwszystkiem Podziału psychopatów pod kątemwidzenia ich socjalności dokonywa kryminalno-psychopatologiczna klasyfikacja typów psychopatycznych *Birnbauma*.

Wśród wielkich rzesz psychopatów, wykazujących skłonności kryminalne *Birnbaum*, rozróżnia dwie grupy zasadnicze: jedną z nich

stanowią psychopaci zasadniczo socjalni, którzy popadają w konflikt z życiem socjalnem jedynie z powodu niepomyślnych usposobień afektywnych, w które popadają przygodnie—będzie to grupa typów *tymopatycznie niesocjalnych;* drugą grupę stanowią psychopaci, którzy noszą zadatki niesocjalności, w zasadniczych rysach ich usposobienia — będą to typy *psychopatów niesocjalnych w znaczeniu ściślejszem*

Do grupy typów *tymopatycznie - niesocjalnych* zalicza *Birnbaum* następujące typy:

1) typ psychopatów pobudliwych, 2) typ fanatyków, którego znaczenie kryminalne zależy nie tyle od treści przekonań fanatyka, ile raczej od jego agresywnych dążności do osiągnięcia celu, 3) typ psychopatów pieniaczych, spokrewniony z pieniaczami paranoidalnymi, różniący się jednak od tych ostatnich tem, że akcje pieniaczy psychopatów stoją w wyraźniejszym związku z sytuacją realną i przycichają z tą chwilą, kiedy realne podniety zewnętrzne, które je wywołują, ustaną, 4) typ psychopatów hypomaniakalnych, 5) typ psychopatów depresyjnych, wreszcie najniewinniejszy ze wszystkich 6) typ psychopatów „neurastenicznych", wyjątkowo tylko popadający w konflikt z prawem przez wykroczenia, popełniane z braku zastanowienia się lub przez zaniedbanie ciążących na nich obowiązków.

Na pograniczu pomiędzy grupą typów tymopatycznie niesocjalnych i grupą typów, niesocjalnych dzięki ich zasadniczym właściwościom, stoi typ psychopatów seksualnych. Psychopaci tego typu częściowo popadają w konflikt z normami życia socjalnego dzięki ich chwiejności i w zależności od okoliczności zewnętrznych, sprzyjających budzeniu się ich popędu płciowego spaczonego, częściowo zaś, o ile chodzi o osobników, dotkniętych specjalnie szkodliwemi postaciami zboczeń seksualnych (sadyzm, pedofilja etc.) typ ten staje się już typem niesocjalnym sensu stricto. Niesocjalną właściwość ogólną psychopatów seksualnych stanowi ich niepoprawność.

Do grupy typów psychopatycznych i niesocjalnych przez swoje zasadnicze właściwości należą następujące typy: 1) typ fantastów i pseudologów z jego niepohamowaną skłonnością do kłamstwa, oszustw i fałszu, 2) typ degeneracyjno - histeryczny z jego podatnością do suggestji i autosuggestji, z jego niestałością i egocentryzmem; pod względem kryminalności ten typ psychopatów odznacza się polimorfizmem analogicznym z polimorfizmem objawowym histerji, 3) typ psychopatów nieustatkowanych (Instablentypus) z ich lekkomyślnością i słabością woli. Z pośród psychopatów tego typu rekrutują się różnoro-

dne egzystencje pasorzytnicze (karciarze, sutenerzy, prostytutki, włóczęgi) — passywnie asocjalni oraz liczna grupa aktywnie asocjalnych typów złodziej-skich. Jako grupę zbliżoną do grupy typów psychopatów nieustatkowanych wymienia *Birnbaum*. 4) typ morfinisty—z jego dominującą słabością woli i asocjalnością przeważnie bierną, 5) i ostatni typ psychopatów, noszących w sobie zadatki niesocjalności, stanowią psychopaci upośledzeni pod względem uczuciowości etycznej — typ słabiej lub silniej wyrażonej niedomogi moralnej (moral insanity).

Kryminalno-psychopatologiczny podział psychopatów *Birnbauma* nie daje przecież istotnych wskazań dla oceny poczytalności psychopatów, która opierać się musi w każdym przypadku na ocenie stopnia nasilenia psychopatycznej dysharmonji osobnika.

Pod względem nasilenia znamion niesocjalności psychopatów ten sam *Birnbaum* rozróżnia następujące stopnie:

1. anomalje łagodne, powodujące stosunkowo niewinne trudności w dostosowaniu się osobnika psychopatycznego w stosunkach rodzinnych, koleżeńskich i zawodowych.
2. anomalje średniego stopnia, które wytrącają osobnika psychopatycznego z torów życia socjalnego wtedy, kiedy stanie w obliczu poważniejszych trudności życiowych (np. ekonomicznych) lub w obliczu podniet, którym się nie potrafi przeciwstawić.
3. anomalje ciężkie, ujawniające się w skłonnościach do niedowartościowych form życia społecznego (pasorzytnictwo) do wykroczeń, hazardu i pijaństwa.
4. anomalje bardzo ciężkie, ujawniające się w czynnej skłonności do działań bezpośrednio szkodliwych dla społeczeństwa.

Po tych uwagach ogólnych, dotyczących sądowo-psychjatrycznej oceny psychopatji ustrojowej, pozwolę sobie zreferować nieco danych liczbowych z praktyki sądowo-psychiatrycznej szpitala w Tworkach.

W okresie dziewięciolecia mieliśmy sposobność obserwować w zakładzie 187 przypadków psychopatji ustrojowej, a mianowicie 152 mężczyzn i 35 kobiet. Około 10 z tych przypadków przybywało na obserwację kilkakrotnie.

W stosunku do ogólnej liczby 678 przypadków sądowych z tego okresu, psychopatja ustrojowa występowała zatem w dość pokaź-

nym odsetku 27,6%. Stosunkowo częściej występowała ona wśród kobiet (w 34,3%) niż wśród mężczyzn (26,4%).

Grupa naszych 187 przypadków obejmuje nietylko czyste przypadki psychopatji; w 32 przypadkach tej grupy wyraźnie zaznaczyła się przymieszka wtórnego wpływu intoksykacji alkoholowej na psychikę osób badanych, w 35 przypadkach mieliśmy do czynienia z mniej lub więcej wyraźną przymieszką niedorozwoju intelektualnego, 5 lub nawet 6 przypadków może budzić wątpliwości, czy obserwowane w okresie badania sądowego objawy psychopatyczne nie były zwiastunami rozpoczynającej się lub objawami niedość wyraźnie rozwiniętej schizofrenji.

Pod kątem widzenia typologicznego podziału psychopatów *Schneider'a*, zmodyfikowanego przez *Kahna*, moglibyśmy zaliczyć naszych psychopatów kryminalnych (nie bez pewnego dociągania przypadków mieszanych) na podstawie objawów dominujących do następujących typów.

1.	nerwowi (psychastenicy) .	1 m.	— k.
2.	lękliwi	3 „	1 „
3.	wrażliwi	6 „	— „
4.	anankaści	2 „	— „
5.	pobudliwi	21 „	2 „
6.	hypertymicy	1 „	2 „
7.	depresyjni	4 „	— „
8.	nastrojowo zmienni . . .	2 „	1 „
9.	uczuciowo chłodni i moralnie upośledzeni	11 „	— „
10.	słabowolni i nieustatkowani	9 „	3 „
11.	popędliwi	18 „	2 „
12.	zboczeńcy płciowi	13 „	1 „
13.	histerycy	30 „	20 „
14.	fantaści i pseudologowie .	21 „	3 „
15.	fanatycy	8 „	— „
16	dziwacy	2 „	— „

Pod kątem widzenia podziału kryminalno-psychopatologicznego *Birnbauma* moglibyśmy zaliczyć naszych psychopatów:

a)	do kategorji tymopatycznie niesocjalnych	69 m.	8 k.
b)	„ „ psychopatów seksualnych .	13 „	1 „
c)	„ „ niesocjalnych w ściślejszem znaczeniu	70 "	26 „

Co do rodzaju przestępstw, inkryminowanych obserwowanym przez nas psychopatom, to dzielą się one w sposób następujący:

1.	zabójstwo	36 m.	4 k.
2.	usiłowanie zabójstwa oraz ciężkie uszkodzenia ciała .	10 „	2 „
3.	napady rabunkowe z użyciem broni	13 „	1 „
4.	kradzież	31 „	9 „
5.	fałsz i oszustwo	18 „	5 „
6.	obraza władzy, opór władzy	10 „	2 „
7.	przestępstwa seksualne . .	7 „	1 „
8.	przestępstwa polityczne . .	7 „	2 „
9.	sprzeniewierzenie, łapownictwo	5 „	— „
10.	podpalanie	4 „	7 „
11.	udział w rozruchach, podburzanie do rozruchów . .	4 „	— „
12.	włóczęgostwo	2 „	1 „
13.	uchylanie się od wojska .	2 „	— „
14.	wymuszanie	1 „	1 „
15.	stręczenie do nierządu . .	1 „	— „
16.	fałszywe oskarżenie . . .	1 „	— „

Z zestawień powyższych widzimy, że typ najczęściej spotykany w praktyce sądowo-psychjatrycznej stanowili u nas histerycy (50 przypadków), drugie miejsce zajmują typy fantastyczno-pseudologiczne (24 przyp.) za którymi idą psychopaci pobudliwi (23 przyp.) i popędliwi (20 przyp.).

Typ zboczeńców płciowych występuje w statystyce naszej stosunkowo rzadko (w 14 przypadkach) podobnie jak i typ uczuciowo chłodnych i moralnie upośledzonych (w 11 przypadkach). Pozostałe typy występują w kazuistyce w małych grupach lub nawet jako pojedyńcze przypadki.

W grupie osób, oskarżonych o popełnienie zabójstwa, spotykamy zabójców własnych rodziców, braci albo sióstr (5 osób) którzy dopuścili się tej zbrodni bądź dla zysku materjalnego, bądź w uniesieniu, w sprzeczkach, powstałych na tle strofowania ich z powodu niewłaściwego postępowania. Spotykamy dwie dzieciobójczynie, które dopuściły się tej zbrodni wkrótce po urodzeniu dzieci, pięciu zabójców własnych żon i czterech zabójców swoich narzeczonych lub kochanek na tle zazdrości lub zniechęcenia, sześciu

wyrafinowanych morderców, którzy mordowali swe ofiary w celach zysku, 3 przypadki zabójstw na tle zemsty osobistej, 3 przypadki zabójstw o charakterze mordu z lubieżności.

W 6-ciu przypadkach winni zabójstwa działali w stanie upojenia alkoholowego, w 3-ch w stanie uniesienia, wywołanego zaczepką, tylko w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z zabójstwem na tle politycznem. Niemal że wszystkie zabójstwa, popełnione przez obserwowanych przez nas psychopatów nie były pozbawione motywów, dających się oceniać probierzami natury moralnej. Wyjątek stanowiły zabójstwa, dokonane w podnieceniu alkoholowem i jeden przypadek niezrozumiałego i niewyjaśnionego strzelania do nieznajomych kobiet, spacerujących w porze wieczornej. W dwóch innych przypadkach motywy zabójstwa nie zostały w toku śledztwa wyświetlone.

W grupie psychopatów, oskarżonych o ciężkie uszkodzenie ciała lub o usiłowanie zabójstwa spotykamy 5 przypadków, uwarunkowanych stanem upojenia alkoholowego, w pozostałych mamy do czynienia z działaniem w uniesieniu lub z przejawami psychopatycznej złośliwości. W grupie oskarżonych o kradzież spotykamy większość wykolejonych i niepoprawnych recydywistów, zagrożonych obostrzeniem kar z tego powodu: jedynie w 5 przypadkach mieliśmy do czynienia z kradzieżami, dokonanemi przez osoby, pochodzące ze sfer kulturalnych pod wpływem patologicznych popędów, wyraźnie zaznaczonych.

W grupie przestępstw seksualnych mamy do czynienia z trzema przypadkami stosunków kazirodczych, trzema przypadkami mordu o charakterze lubieżnym, wspomnianym już, kiedy była mowa o zabójstwach, z jednym przypadkiem czynów lubieżnych nauczyciela z uczennicą i jednym przypadkiem deflorowania małych dziewczynek za pomocą palca przez ich niańkę.

Stosunkowo liczną grupę śród naszych psychopatów stanowią oszuści, należący do typu psychopatycznych fantastów i pseudologów. Sprawy niektórych z nich noszą cechy wielkich afer „hochstaplerskich" i nadawałyby się jako temat dla sensacyjnych powieści kryminalnych.

We wszystkich pozostałych przypadkach mamy do czynnienia z przestępstwami wyraźnie umotywowanemi w samej ich kwalifikacji i dość charakterystycznemi dla psychopatów w ich różnorodnych odmianach typologicznych.

Jeżeli chodzi o zakwalifikowanie obserwowanych przez nas psychopatów do tej lub innej kategorji pod względem odpowiedzial-

ności karnej, to w chwili wydawania orzeczeń zostali oni zakwalifikowani w następujący sposób:

a) do kategorji osób definitywnie niepoczytalnych zaliczono . . . . 35 m. i 8 kob.
b) do kategorji osób o poczytalności w znacznym stopniu ograniczonej . . . . 17 m. i 7 kob.
c) do kategorji ograniczonych w możności kierowania swem działaniem w słabym stopniu 34 m. i 16 kob.
d) do kategorji poczytainych . . . . 63 m. i 3 kob.
e) u tych samych osób przy powtórnych badaniach ich z powodu nowych spraw wydano orzeczenia za każdym razem odmienne . . 3 m. i 1 kob.

W praktycznym wyniku takich kwalifikacji 52 mężczyzn i 15 kobiet, czyli razem 67 osób zostało uwolnionych od odpowiedzialności sądowej. Stanowi to w ogólnej liczbie 35,8% obserwowanych psychopatów. Natomiast 97 mężczyzn i 19 kobiet, razem 116 osób (około 62% ogólnej liczby) zostało poddanych wymiarowi sprawiedliwości.

Kiedy dziś retrospektywnie przeglądam sentencje orzeczeń, wydanych przez kilkunastu lekarzy-ekspertów, w sprawie poczytalności tych 188 psychopatów kryminalnych, którzy przesunęli się przez Szpital w Tworkach w ciągu 9 lat, odbieram wrażenie braku jednolitych podstaw tych orzeczeń. Mam wrażenie, że w wielu razach orzeczenia te były nietylko subjektywne, ale nawet przypadkowe, że w wielu razach byłoby celowiej i słuszniej zakwalifikować tych psychopatów inaczej.

Dotyczy to zarówno tych psychopatów, którzy po obserwacji dostali się do więzienia, jak i tych, którzy po uznaniu ich niepoczytalności wydostali się na wolność lub zostali internowani w zakładzie.

Co dotyczy tej ostatniej kategorji psychopatów, to na ich przykładzie ujawniają się może najjaskrawiej słabe strony trzeciej części § 39 obowiązującego w b. zaborze rosyjskim Kodeksu Karnego, która w sposób mechaniczny nakazuje internować w zakładzie psychjatrycznym przestępców, uznanych za niepoczytalnych w zależności nie od charakteru i nasilenia ich znamion psychopatycznych, ale w zależności od rodzaju inkryminowanego im przestępstwa.

W zbiorach kazaistycznych Szpitala w Tworkach mamy przypadki internowania łagodnych psychopatów, oskarżonych np.

o podpalenie dla tego, że przez nieostrożność wywołali zapalenie się mniej cennych ruchomości domowych, albo oskarżouych o usiłowanie zgwałcenia, dlatego, że dopuścili się niezręcznego czynu lubieżnego, albo wreszcie oskarżonych o usiłowanie zabójstwa dla tego, że w uniesieniu lub przez nieostrożność skaleczyli kogoś ostrym przedmiotem bez istotnego zamiaru zabójstwa. Decyzje sądowe, nakazujące internowanie tych psychopatów stawały się konsekwencją kategorycznego brzmienia trzeciej części art. 39 KK., która nie pozwala sądowi decydować sprawy internowania według jego uznania w zależności od istotnego niebezpieczeństwa inkulpanta.

Na przykładzie psychopatów ujawniają się z drugiej strony braki psychopatologicznego przeszkolenia naszych sędziów, którzy nieraz opierają się wnioskom internowania w zakładzie notorycznych oszustów psychopatycznych, uznanych za niepoczytalnych, na tej zasadzie, że popełnione przez nich wielokrotne przestępstwa nie stanowią przestępstw „niebezpiecznych" dla otoczenia. Znamy przypadki, w krórych sąd mimo zabiegów rodziny, która nie mogła sobie dać rady psychopatycznym synem, kompromitującym ją stale i narażającym ją na wielkie straty materjalne przez swoje kradzieże i oszustwa, nie zgodził się na internowanie uznanego za niepoczytalnego winowajcy.

Mówiąc o kryminalności psychopatów, nie możemy zapomnieć o tem, że oprócz tych psychopatów, którzy dostają się pod obserwacją sądowo - psychjatryczną, istnieją całe rzesze przestępców i szkodników społecznych, nie badanych przez psychjatrów, którzy przecież bardzo często są także psychopatami. Poza rejestracją naszą pozostają szeregi niepoprawnych przestępców nawykowych i zawodowych, upartych recydywistów, których się sądzi tem surowiej im częściej popadają w konflikt z przepisami prawa, nie badamy też większości przestępców przygodnych, których reakcja kryminalna bywa często niedorównana do podniety, nie badamy wreszcie wielkich rzesz żebraków, włóczęgów, aferzystów, prostytutek, sutenerów i innych pasorzytujących na organizmie społecznym wykolejeńców, wycierających bruki naszych wielkich miast i często wyślizgujących się z kleszczy wymiaru sprawiedliwości. Nie ulega wątpliwości, że obok momentów socjalnych, sprzyjających rozwojowi niektórych postaci przestępczości, moglibyńmy w dużym odsetku tych przypadków doszukać się mniej lub więcej wyraźnie zarysowanych znamion psychopatji.

Nie mamy jeszcze w Polsce badań któreby dały nam możność zorjentowania się, w jakiej mierze czynniki psychopatyczne ujawniają się w przestępczości ogólnej.

W więzieniach naszych przebywa stale około 30.000 więźniów. Robią się duże wysiłki w kierunku postawienia na wysokim poziomie higieny więzień, mamy bardzo dobrze zorganizowaną pomoc lekarską w więzieniach dla przypadkw cierpień somatycznych, robi się wiele w kierunku walki z gruźlicą w więzieniach, procent śmiertelności w więzieniach spadł do bardzo niskich cyfr (bodaj czy nie niższych od odsetka śmiertelności w wolnem społeczeństwie). Robią się też poważne wysiłki w innym kierunku: więźniowie są systematycznie nauczani przez zawodowych nauczycieli uprawiają gimnastykę i sporty, mają warsztaty pracy, biblioteki, odczyty, radjo i przedstawienia kinamatograficzne. W tem wszystkiiem odczuwa się przecież brak myśli psychjatrycznej, któraby sięgnęła głębiej w kierunku badań patologicznych przyczyn przestępczości. Mamy już wzór takich instytucji nie tylko na zachodzie, ale nawet na wschodzie Europy. Jako przykładowy możnaby podać instytut badań kryminalno-antropologicznych prof. *Vervaeck'a* w Belgji, zajmujący się systematycznem badaniem przestępców pod kątem widzenia nie tylko antropologicznym, ale i psychopatologicznym.

Badania takie są niezbędne dla opracowania podstaw racjonalnej polityki kryminalnej. Sądzę, że nadszedł już czas, aby i w Polsce rozpocząć takie badania.

Więziennictwo nasze posiada narazie jeden tylko maleńki zakład „dla nerwo i umysłowo chorych więźniów" w Grodzisku, dokąd skierowywane są przypadki psychoz wśród więźniów. Zakład istniejący od roku jest już zapełniony i Departament więziennictwa widzi potrzebę uruchomienia zlikwidowanego po wojnie zakładu w Grudziądzu. Miejmy nadzieję, że za temi zakładami utoruje sobie drogę stacja badań kryminalno-psychopatologicznych naszych przestępców.

Znaczenie psychopatji ustrojowej w procesie cywilnym jest bez porównania mniejsze niż w procesie karnym. Pytanie, czy i kiedy należy ubezwłasnowolnić psychopatę, nie nastręcza tych trudności, jakie spotykamy tak często przy badaniu poczytalności karnej psychopatów.

W sprawach, dotyczących ubezwłasnowolnienia, decydującym może być wzgląd tylko na interes własny osoby badanej. Większość psychopatów może troszczyć się o swoje sprawy majątkowe sprawnie. Wyjątek stanowią psychopaci, mający skłonność do rozrzutności

oraz psychopaci, ujawniający równocześnie znamiona niedorozwoju intelektualnego.

Kodeks cywilny, obowiązujący w Kongresówce, pozwala na ubezwłasnowolnienie rozrzutnych psychopatów bez potrzeby uciekania się do ekspertyzy psychjatrycznej jedynie na podstawie stwierdzonych faktów marnotrawienia majątku. Większość psychopatów pasorzytujących nie posiada majątku i siłą tego faktu nie daje powodu do spraw o ubezwłasnowolnienie.

Na ziemiach b. zaboru pruskiego ustawa cywilna dopuszcza możliwość ustanowienia opieki w przypadkach nie tylko „choroby psychicznej" ale i w przypadkach „słabości umysłowej" i psychopaci dadzą się łatwo pociągnąć do tej kategorji. W Małopolsce ułatwia sprawę kurateli sam fakt umieszczenia psychopaty w zakładzie psychjatrycznym.

Psychopata nieubezwłasnowolniony może korzystać z pełni praw wyborczych nawet w tym przypadku, gdyby w okresie wyborów pozostawał w zakładzie zamkniętym.

Pewne trudności może nastręczać psychopatja ustrojowa w procesach rozwodowych przed sądem cywilnym.

Sądzę, że psychopatja ustrojowa jednego z małżonków, jeżeli daje powód do skargi rozwodowej ze strony drugiego małżonka, powinnaby z lekarskiego punktu widzenia stanowić dostateczny sprawdzian nasilenia objawów psychopatycznych, wystarczającego dla orzeczenia, że od strony skarżącej trudno wymagać, by znosiła we współżyciu małżeńskiem przykrości i cierpienia, sprawiane przez psychopatycznego małżonka.

Psychopatja ustrojowa, jako sprawa wrodzona nie może też budzić wątpliwości co do czasu jej powstania w stosunku do momentu zawarcia małżeństwa i siłą tego faktu może być powodem nie tylko dla sprawy rozwodowej, ale także dla sprawy o unieważnienie ślubu.

Jest zjawiskiem dość częstem, że w małżeństwach psychopatów obie strony są psychopatyczne.

Reasumując wywody moje, dotyczące sądowo-psychjatrycznego znaczenia psychopatji ustrojowej, dochodzę do następujących wniosków:

1. Psychopatja ustrojowa stanowi jedną z liczniej reprezentowanych grup w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej i pod kątem wi-

dzenia niebezpieczeństwa socjalnego przedstawia jedną z groźniejszych postaci rozstroju psychicznego.

2. Ocena sądowo-psychjatryczna przypadków psychopatji ustrojowej w sprawach karnych stanowi jedno z trudniejszych zadań rzeczoznawcy psychjatrycznego ze względu na to, że w obrazie psychopatologicznym psychopatji ustrojowej nie znajdujemy zazwyczaj w całej pełni tych warunków, jakie zawierają się w kryterjach psychologicznych niepoczytalności.

3. Projekt wprowadzenia do kodeksu karnego pojęcia poczytalności zmniejszonej (celowiej pyłoby nazywać ten stan stanem poczytalności wypaczonej) nie usuwa tych trudności, jakie ma przed sobą ekspertyza psychjatryczna w przypadkach psychopatji ustrojowej i kryje w sobie wiele niebezpieczeństw.

4. Sprawa poczytalności zmniejszonej wiąże się ściśle ze sprawą zabezpieczenia społeczeństwa od występnych czynów psychopatów kryminalnych, wymagającej gruntownego przemyślenia całokształtu zagadnienia celowości środków ochronnych, które zastąpiłyby środki karne. Wprowadzenie do kodeksu poczytalności zmniejszonei bez równoczesnego załatwienia sprawy środków ochronnych należy uważać za niewskazane.

5. W ramach istniejących możliwości kodeksowych ocena sądowo - psychjatryczna psychopatów w sprawach karnych wymaga gruntownego zbadania stopnia nasilenia przejawów psychopatycznych inkulpanta w każdym poszczególnym przypadku. Symptomatologja jakościowa psychopatji ma tu mniejsze znaczenie, niż stosunek nasilenia defektu psychopatycznego do podniety, która wywołała reakcję kryminalną. Do oceny tego stosunku nie posiadamy ściślej sprecyzowanych kryterjów objektywnych, wymaga ona zatem ze strony rzeczoznawcy dużego doświadczenia psychjatrycznego i doświadczenia życiowego.

6. Ze względu na to, że znaczna część psychopatów, nadających się do normalnego wymiaru sprawiedliwości, dostaje się do więzienia, system penitencjarny dzisiejszy powinien być zreformowany pod kątem widzenia wskazań psychjatrycznych i wychowawczych. Powinien on uwzględniać jaknajdalej posuniętą segregację więźniów i umożliwiać sądom wydawanie wyroków bez określonego terminu kary.

7. Celem ustalenia zasad racjonalnej walki z przestępczością należałoby powołać do życia w Polsce za przykładem innych państw instytut badań kryminaino - antropologicznych przestępców połączonych z badaniami kryminalno-psychopatologicznemi.

8. W praktyce cywilno sądowej psychopatja ustrojowa spotyka się stosunkowo rzadko.

Ocena psychopatji ustrojowej pod kątem widzenia wskazań i potrzeby ubezwłasnowolnienia, jak również pod kątem widzenia potrzeby udzielenia rozwodu lub unieważnienia ślubu nie nastręcza szczególnych trudności.

9. Często spotykane w psychopatji ustrojowej przymieszk niedorozwoju intelektualnego oraz wpływu toksycznego alkoholu i morfiny ułatwiają sądowo-psychjatryczną ocenę psychopatji.

PSYCHOPATJA W WOJSKU PODCZAS WOJNY I W CZASIE POKOJU

podał

PŁK. DR. MED. JAN NELKEN.

W odczycie moim: *„Zagadnienia psychjatrji wojskowej w związku z ogólnem szpitalnictwem psychjatrycznem"*, wygłoszonym na I Zjeździe psychjatrów polskich w Warszawie w r. 1920 starałem się we wstępie streścić te doświadczenia, które nam w dziedzinie psychjatrji przyniosła sześć lat trwająca wojna światowa.

Podkreśliłem wówczas dwa punkty wagi zasadniczej. Twierdziłem, 1) że doświadczenia wojenne niesłychanie wzmocniły pogląd na wewnątrzpochodność zaburzeń psychicznych, wzmocniły stanowisko endogenezy w psychjatrji; 2) że badania te wykazały obok pewnej monotonji określonych form chorobowych mnogość i różnolitość reakcyj psychopatycznych, jako rzecz dla czasu wojny niezmiernie charakterystyczną: zaburzenia reaktywne o różnym nasileniu i kolorycie, t. zw. popularnie „psychozy mobilizacyjne", epidemicznie występujące „psychozy uliczne", wzmożoną skłonność do stanów pomrocznych i szałowych, między niemi t. zw. *„Kriegsknall" (Stransky)* daleko sięgające poza ramy symptomatyczne psychozy infekcyjne, patologiczne stany alkoholowe, głód narkotyków, łatwe występowanie reakcyj padaczkowych i stanów psychorodnych.

W pracy mojej nieco wcześniejszej: *„Alkohol i przestępstwa w wojsku podczas wojny"* (1920 r.) twierdziłem na podstawie obfitego mego materjału, że najważniejszym czynnikiem przestępczości na wojnie jest niewytrzymałość (intolerancja) na alkohol, polegająca na występowaniu już po małych stosunkowo dawkach ilościowo i jakościowo nienormalnych reakcyj psychicznych, zwłaszcza głębokich zamroczeń świadomości ze skłonnością do czynów gwałtownych [1]).

---

[1]) O związku alkoholizmu z podłożem psychopatycznem na wojnie będzie mowa poniżej.

Wreszcie w r. 1921 zebrałem na Zjazd nasz w Poznaniu cały mój ówczesny, t. j. z wojny światowej pochodzący materjał w sprawie *„Psychoz reaktywnych"* na wojnie; twierdziłem wówczas, że są to głównie powstające na tle podłoża schizofrenicznego reakcje na przeżycia zewnętrzne. Te reakcje tworzyły w przeciwieństwie do histerji znaczną część psychoz „ulicznych" i „urlopowych" i mogły być podzielone na dwie grupy: przeżycie wywołuje typowy kliniczny obraz schizofreniczny z treścią, związaną z przeżyciem, z wybitnym negatywizmem i długotrwałem karmieniem sztucznem, a nawet odleżynami; reakcje te przymykają bezpośrednio do faz albo napadów schizofrenicznych i są raczej do nich podobne; w grupie drugiej — bez porównania częstszej — przeważają reakcje psychorodne, zabarwione schizofrenicznie i powstałe jak to katamnestycznie stwierdzić można, na tle utajonej schizofrenji, względnie schizofrenicznej formy psychopatji. Ostrej granicy między temi grupami niema, jak to wykazują przypadki, w których stany reaktywne nie ulegają uleczeniu, przechodząc w przewlekłą schizofrenję lub też ustępują, dając miejsce w dalszem życiu — w nawrocie — już czystej, niereaktywnej formie schizofrenji.

Zaburzenia psychiczne wśród ludności cywilnej na początku wojny nie wzrosły. Nie wykazuje tego przynajmniej statystyka przyjęć do zakładów. Wymieniane są afekty patologiczne, podniecenia i zamroczenia histeryczne, depresje reaktywne i różne stany lękowe Również zaznaczany bywa w tym czasie wzrost ostrych stanów alkoholowych.

Większość autorów widzi w tych schorzeniach w najlepszym razie obostrzenia przeróżnych stanów psychopatycznych. Należy jednak zaznaczyć, że autorzy tej miary co *Bonhöffer i Hoche* przypuszczają możliwość stanów psychopatycznych pod wpływem wojny u osób psychicznie i nerwowo nieobciążonych.

I przeciwnie. Całe zakłady dla psychicznie chorych, znajdujące się przez czas dłuższy w pasie ognia nieprzyjacielskiego, dają nam, że tak powiem, lekcję poglądową zachowania się osób psychicznie nienormalnych w ogniu nieprzyjacielskim; *Meyer* np. nie podaje żadnych zmian w klinice Królewieckiej w zależności od bliskości nieprzyjaciela. Dalej wśród uchodzącej ludności Prus Wschodnich nie zaznaczyła się w tym ciężkim czasie wojennym skłonność do cierpień psychicznych. Również w innym odcinku wojny — *Redlich* np. uważa stan psychiczny uchodźców wschodnio-galicyjskich, jako względ-

dnie nienaruszony, pomimo że chodzi tu o ową wysoce niestałą psychikę wschodnio-galicyjskich żydów. Sam miałem sposobność stwierdzić w roku 1915 w Zakładzie Kulparkowskim podczas odbijania Lwowa przez austrjaków, jaki mały wpływ na ludność zakładową wywiera w bezpośredniem pobliżu tocząca się walka artyleryjska.

Fakty te wskazują, jak to słusznie podkreślają *Stransky, Weygandt, Schmidt* i inni na ową patologiczną moc autyzmu, która się przeciwstawia wszystkim okropnościom wojny. O tym samym autyzmie świadczy zresztą pierwsza lepsza schizofreniczna psychoza w okopach, daleka w swej treści od okropności wojny.

Jeżeli sięgnąć do innego źródła — do *cyklotymji* i zależnych od niej najczęściej zdarzających się reaktywnych depresji, to i tu rzuca się w oczy nikły udział kompleksu wojennego. I tu się pokazuje, jak słusznie to zaznacza znowu *Stransky* — w tych najlżejszych wypadkach — owa przewaga endogenji nad wszelkiemi czynnikami zewnętrznemi nawet takiej potęgi jak wojna.

Nie pozbawionem jest ciekawości porównanie psychoz sit venia verbo powstających katastrofalnie podczas wojny z psychozami, wywołanemi innemi katastrofami.

Stierlin na podstawie materjału z 6 poważnych katastrof (Trzęsienia ziemi w r. 1906 w Valparaiso i w r. 1908 w Messynie, katastrofy kopalniane w r. 1906 w Courrieres, w r. 1908 w Radbod, katastrofy kolejowej w r. 1911 w Mühlheim i zawalenia się mostu w r. 1911 w Brail) podaje, że psychozy wewnątrzpochodne na skutek tego rodzaju katastrof należą do rzadkości, większość zaś zaburzeń są to zaburzenia reaktywne psychiczno i nerwowe. Przez analogję do wojny wyciąga stąd *Weygandt* wniosek, że i katastrofalne zdarzenia na wojnie najczęściej prowadzić winny do zaburzeń psychorodnych, a znacznie rzadziej dopiero do psychoz w sensie klinicznym, w których w grę wchodzi usposobienie wrodzone. W związku z katastrofami *Stierlina* zaznaczyć jeszcze należy że objawy urazowo-neurotyczne po tych katastrofach zjawiały się stopniowo w miarę jak istniały widoki na odszkodowanie, wówczas kiedy np. w Messynie. gdzie prawo na odszkodowanie nie istnieje, wśród 500 przypadków nie było zupełnie zaburzeń nerwicowo-urazowych.

Jeżeli się zwrócić do statystyk wojskowych, to nawet po roku 1870 z powodu głównie różnego wyszkolenia psychjatrycznego lekarzy wojskowych otrzymuje się różne dane:

Oto np. wojskowa statystyka pruska, podana przez *Weygandta*, wskazująca na choroby umysłowe w armji:

R. 1870	1871	1872	1873—74—75
0,37—0,54‰	0,54‰—0,72‰	0,93‰	0,21‰

1882—1892	1906—1912
0,58‰	1,3‰

Poszczególne grupy psychjatryczne przedstawiają się w statystyce *Stiera* w sposób następujący:

	1905—1906
Dem. praecox.	35%
Psychopathia	17,5%
Epilepsia	12%
MD.	9,7%

Przytaczam i inne dane statystyczne pomimo ich chaotyczności:

Wojna turecko-grecka *(Raschid Tachsin)*	2‰		
„ ameryk.-kubańska . . .	2,7‰,	wzrosłe z 0,8‰	
„ angielsko-burska . . .	2,5%,	„ z 1,4‰	
„ niemiecko-chińska . .	8,44‰		
„ Niem. eksp. do poł. zach. Afryki	4,95‰	Psych.	
	3,33‰	Epil. i Hysterja	
„ rosyjsko-japońska . .	0,4‰	Psych. urazowe:	3,1% ofic.
			3,6% żołn.

Wojna bałkańska:

Serbowie *(Subotič)*	0,25‰
Bułgarzy	0,33‰
Grecy *(Ökonomakis)* . . .	0,16‰
Czarnogóra	0,25‰

Statystyki te mają głównie znaczenie historyczne i dają jedynie najogólniejsze pojęcie o ilościowych zachorzeniach psychicznych w czasie wojny.

Już podczas samej wojny a tembardziej dzisiaj z historycznego rzutu oka cała psychjatrja wojenna rozpadła się na dwa odłamy: na ogromny rozdział o zaburzeniach psychopatycznych i malutki, obejmujący pozostałą psychjatrję. Ten drugi rozdział, którego główną część zajmują zaburzenia psychiczne symptomatyczne w związku

z rozrostem ponoszących się na wojnie infekcyj jest jeszcze o tyle ważnym, że i w nim natykamy się ciągle na zagadnienie psychopatji pod postacią psychorodnych obostrzeń. W streszczeniu zajmuje on niewiele miejsca.

Schizophrenia. Przebieg i treść psychozy nie zależą od wojny. Wojenne zabarwienie treści jest rzeczą wypadkową. Niektórzy poważni autorzy *(Weygandt, Bonhöffer)* podkreślają trudności rozpoznawcze w stosunku do histerji, a w szczególności do psychopatji ustrojowej zwłaszcza z psychorodną nadbudową. Inni autorzy *(Weygandt, Nonne)* powołują się na przypadki schizofrenji, które podczas służby zachowywały się bez zarzutu.

Wśród psychoz reaktywnych tło schizofreniczne jest dosyć częste *(Nelken).*

Na specjalną uwagę jeszcze tutaj zasługują tak zwane „psychozy mobilizacyjne", t. j. psychozy, wybuchające na samym początku służby wojskowej. Są to przypadki, które najczęściej już poprzednio rzucały się w oczy, jako psychopatyczne, a jedynie w tej zmienionej sytuacji uplastyczniły się. I w czasie pokoju zdarzają się takie wypadki przy wcielaniu poborowych. Nie daje się wogóle stwierdzić że psychoza nie powstałaby w tym samym czasie i bez działań wojennych. Nieliczni tylko autorzy (*Fuchs, Mann)* podnoszą ścisły związek tych zaburzeń z mobilizacją, nie przesądzając tła, na którem one powstają.

Częściowy związek schizofrenji z przeżyciami, względnie urazami wojennemi jest w czasie wojny możliwy i ogólnie zresztą przyjęty *(Schmidt, Bonhöffer, Rittershaus).*

Przeciwstawia się zwykle, że wojenna schizofrenja odznacza się większem podnieceniem i lepszą poprawą *(Sommer, Alt, Birnbaum).* Tłomaczy się to niestosunkiem mniejszej predyspozycji do dość znacznych momentów wtórnych wywołujących. Z tem możliwość daleko idącej remisji i powrót do zdolności zarobkowania w pewnym stopniu są tu prawdopodobniejsze. — Zainteresowanie sadowo-psychjatryczne wzbudzają przypadki odmowy posłuszeństwa i oporu władzy, powstające na tle negatywizmu przypadków lekkich i nierozpoznanych, a zatem znów tkwiących w dziedzinie psychopatji.

Schmidt podkreśla częstość ukrywania się poza schizofrenją stanów reaktywnych, zagadnieniu stosunku tego poświęconą jest i moja praca o psychozach reaktywnych. *Schmidt* zresztą stwierdza duże trudności rozpoznawcze pomiędzy stanami reaktywnemi schi-

zofrenicznemi, tembardziej, że uznaje reaktywność schizofrenji narówni ze stanami psychorodnymi.

I druga wielka grupa psychjatryczna chorób wewnątrzpochodnych — *psychoza manjakalno — depresyjna* jest kopciuszkiem na wojnie. Jeżeli psychoza ta, jak to słusznie stwierdza *Weygandt*, występuje zwykle wewnątrzpochodnie, a więc na zasadzie praw wewnętrznych z pominięciem jakichkolwiek wpływów zewnętrznych, jakby na złość wszelkim warunkom środowiska i leczenia, to należy odrazu uznać, że tak często zdarzające się na wojnie depresje są raczej natury przeciwnej, naturze psychorodnej i jako takie świadczą zupełnie wyraźnie na korzyść neuropatyczno-psychopatycznego podłoża. Dane z literatury są tu skąpe. Jakoby 4% psychozy MD. podane przez *Meyera* wydają się *Weygandtowi* zbyt bogato obliczone. *Steiner* konstatuje przewagę depressyj nad stanami manjakalnemi. *Rittershaus* i *Redlich* opisuje depresje „fizjologiczne" zwłaszcza u starszych roczników pod wpływem całego szeregu trosk i zmartwień—i to wszystko.

Nie ulega zatem wątpliwości żadnej, że tak liczne na wojnie stany depresyjne, powstające jako zaburzenia reaktywne na tle psychopatyczno-neuropatycznego podłoża, nic wspólnego z psychozą manjakalno-depressyjną nie mają.

Porażenie postępujuce. W myśl teorji *Edingera* należałoby się spodziewać, że wojna wywoła mnóstwo zaburzeń psychicznych na tle kiłowem, również zatem i porażenie postępujące.

Według statystyki *Mattauschka* i *Pilcza* 1/10—1/8 syfilitycznych żołnierzy choruje następnie na kiłę układu nerwowego.

Wobec obserwacji wojennych, przemawiających za t. zw. *galopującą formą* porażenia postępującego, jako formą dla wojny specyficzną, spowodowaną według wszelkiego prawdopodobieństwa zużywaniem się układu nerwowego w myśl teorji *Edingera*, należy przedewszystkiem oprzeć się na danych cyfrowych *Pilcza*, który oznacza okres inkubacyjny porażenia postępującego u cywilnych na 13,8 lat, u wojskowych zaś na 14,6 lat, nie znajduje zatem znacznej różnicy między pokojem a wojną; tego samego zdania jest *Weygandt*. Porażenie galopujące przedstawia się statystycznie w następujący sposób: według *Buchholza* umiera w 1-ym roku — 10% paralityków, według *Hoppe* — 20%, według *Juniusa* i *Arndta* — 19%, według *Weygandta* — 14,9%. Wskutek tych okoliczności przychodzi *Weygandt* do wniosku, że na ten szybki przebieg i na powstanie porażenia postępującego na wojnie mają wpływ szkodliwości wojenne, co winno być uwzględniane przy obliczaniu renty. *(Weygandt, Sommer).*

Badania sądowo-lekarskie wykazują porażenie postępujące tylko w bardzo nielicznych wypadkach. Niektórzy autorzy (*Stransky, Rittershaus*) notują przypadki sądowe wyraźnego P. P. pod względem cielesnym, włączając naturalnie badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, bez wszelkich oznak psychicznych. Dowodziłoby to nadzwyczaj powolnego rozwoju porażenia postępującego.

Padaczka. W pracy mojej *„Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo lekarskie"* zaznaczyłem, że czas wojny przynosi z sobą, pomijając już padaczkę urazową dużo czynników zewnętrznych, sprzyjających powstaniu padaczki lub pokrewnych reakcyj psychicznych: momenty emocjonalne i trudy fizyczne zmniejszające wogóle odporność ośrodkowego układu nerwowego na bodźce zewnątrzpochodne (znana nietolerancja alkoholowa) i wewnątrzpochodne (przejawianie się utajonego usposobienia do padaczki). Pomijając już znaczenie sądowo-lekarskie padaczki w dziedzinie dezercji, należy tu jeszcze podnieść znaczenie dysforycznych stanów nastrojowych, wchodzących znów właściwie w dziedzinę psychopatji.

Główne jednak zagadnienie wysunięte w tej dziedzinie przez wojnę jest to istnienie specyficznej padaczki wojennej. Zdania tu są podzielone. Obok zdania np. *Stieflera*, że mózg nie reaguje na szkodliwości wojny padaczką istnieje i pogląd przeciwny *Redlicha* o występowaniu na wojnie reakcyj padaczkowych narówni z histerycznemi. *(Richter)*

W sprawozdaniu sanitarnem niemieckiem za lata 1870/1871 wśród 2010 przypadków, drgawek zasługują na uwagę 12 przypadków drgawek u posterunków po silnem marszu męczącym, poprzednio nigdy na padaczkę nie cierpiących. *Awtokratow* podaje, że podczas wojny rosyjsko-japońskiej zjawiały się napady padaczkowe u ludzi, którzy w wywiadach wykazywali najlżejsze objawy utajonej padaczki i nigdy nie cierpieli poprzednio na napady. *Richter*, opierając się na wywodach *Redlicha* o zdolności mózgu do reagowań za pomocą padaczki na silne bodźce wogóle, przeprowadza tezę, że padaczkowe reakcje mogą na wojnie występować analogicznie do histerycznych. *Weygandt* stwierdza, że nie ulega wątpliwości że na wojnie dawno uśpiona padaczki budzi się na nowo i że istnieje prawdopodobieństwo, że wojna wywołuje napady padaczkowe u osób, które się nigdy uprzednio na nie skarżyły. Wiedeńscy psychjatrzy (*Wagner, Jellinek, Redlich, Stransky*) odnoszą się przeczącą do sprawy powstawania padaczki w polu.—Dwa momenty—drażliwość i popęd do wędrowania decydują o bezwzględnem eliminowaniu padaczki z wojska. Obydwa te momenty są właśnie wspólne dla epileptoidalnych psychopatji

i jako takie wchodzą w życie w wojsku, zwłaszcza na wojnie. Muszę się przyznać, że wśród licznego mego materjału nie miałem sposobności obserwować specyficznie wojennej padaczki. *Bonhöfferowi* trudno jest zgodzić się na wojnę jako na jedyną przyczynę padaczki, ale, jak cytuje *Weygandt*, u 33 przypadków nie mógł on stwierdzić napadów przed wojną, a w 10 przypadkach spotkał on się z padaczką późną (Spätepilepsie). Naogół według źródeł niemieckich padaczka tworzy 14—11%, 5—8% przyjęć szpitalnych psychjatrycznych (*Bonhöffer, Meyer i Hahn*). *Bonhöffer* opisuje przypadki padaczki reaktywnej z dobrem rokowaniem, które to przypadki znów należałoby wyodrębnić do naszego tematu. *Moll, Rittershaus, Steiner, Bartels* zwracają uwagę na tę skłonność padaczki do występowania w związku z wojną. *Weygandt*, przeciwnie—podaje szereg przypadków padaczki, które dały na wojnie znaczne polepszenie. Wszystko to razem wykazuje jak często na wojnie występują napady drgawkowe objawowo (uraz, alkoholizm) raczej jako skutek pewnego usposobienia chorobliwego, niż padaczki w ścisłem znaczeniu tego słowa.

Niedorozwój umysłowy nie zawsze zdarza się w czystej formie, często towarzyszą mu przytępienie lub dysharmonja w sferze affektów lub woli, tworząc przejście do stanów hypomanjakalnych, schizoidalnych, a przedewszystkiem psychopatycznych. Zwłaszcza zasługują na uwagę te stany psychotyczne które bez wątpienia powstają na tle niedorozwoju przejściowo, jak podniecenia. splątania, hallucynozy. Często łączy się on z neuro - i psychopatjami w praktyce sądowej.

Alkohol. Czynnik, jak to już na innem miejscu podniosłem, o specjalnie złośliwej szkodliwości na wojnie. Jako lekki wpływ alkoholu na wojnie podnosi *Weygandt* — zaburzenia epileptoidalne, lekkomyślność w stosunku do zakażeń płciowych i zwłaszcza skłonność do deliktów.

Dla wojny specjalnie jest typowym obniżenie tolerancji psychicznej na alkohol i występowanie u osobników psychopatycznych pod wpływem alkoholu stanów pomrocznych i podniecenia z wysoką odsetką przestępczości.

Morfinizm. Nieco bardziej rozpowszechniony w czasie wojny ze względu na nieopatrzne szafowanie morfiny przy ranach i wyczerpaniu przez niższy personel lekarski. U uporczywych morfinistów prawie zawsze daje stwierdzić się tło psychopatyczne.

Gaz. Psychopatologja zatruć gazowych należy w swem szczegółowem rozpatrzeniu do przyszłości. Ogólny charakter psychoz z zatrucia daje się już dzisiaj przewidzieć.

Zakażenia. Tyfus: Nieco częstsze psychozy, niż w czasie pokoju jakby przez uczulenie układu nerwowego *(Flusser). Sfertz* podkreśla obrazy podobne do histerji, *Jakob* na dużym materjale (300 prz.) nie znalazł zabarwienia wojennego. Badania nad psychozami przy *czerwonce* nie odbiegają od badań pokojowych *(Flusser, Loewy).* Notowane są rzadki stany majaczkowe przy *cholerze.* Takież stany obserwował *Bonhöffer* przy *posocznicy, Weygandt* zaś przy *zapaleniu opon mózgowych.*

Psychozy psychorodne według *Birnbauma* mają często zupełnie określony charakter celowości biologicznej w kierunku ochrony lub zabezpieczenia osobowości psychicznej lub też celowości indywidualnej w kierunku zabezpieczenia osobistych skłonności i potrzeb, życzeń i dążeń. Mechanizmy życzeniowe „ucieczka w chorobę"—są ich pospolitym dobytkiem. Psychoza nabiera sensu i znaczenia. Zrozumienie psychozy polega na wyjaśnuieniu jej treści nieraz symbolicznej.

Tej charakterystyce *Birnbauma* odpowiada w zupełności mój materjał psychoz "ulicznych" i „urlopowych" z dwóch lat wojennych (1917 — 1918) obejmujący blizko 300 przypadków. Zjawiły się one masowo we Lwowie na wiosnę 1917 roku, tworzyły 10% wszystkich wypadków psychjatrycznych w tym czasie i urwały się z chwilą rozpadu monarchji austryjacko-węgierskiej. Odrzucając nieliczne wypadki nienależące do tej kategorji oraz nieliczne przypadki symulacji, ogromną większość tej grupy tworzyły stany reaktywne. Obraz chorobowy występujący najczęściej daje się streścić jak następuje: początkowy gwałtowny napad szału najczęściej w miejscu publicznem, osłupienie z zupełnem odwróceniem się od świata zewnętrznego i nieprzystępnością, znaczne zwężenie pola świadomości, nastawienie na skąpy bezustannie persewerujący silnie wzruszeniowo zabarwiony zespół wyobrażeniowy, samorzutnie występujące lękowo zabarwione, krótkotrwałe stany szałowe, ponadto okazyjnie — teatralność, stereotypje ruchowe, „Vorbeireden",puerylizm. Wnioski moje na podstawie specjalnego badania tych stanów znajdują się we wstępie do niniejszych rozważań.

Wyczerpanie. O zaburzeniach psychicznych, powstających w ogniu walki, podczas bitwy, w okopach, pod postacią krótkotrwałych reakcyj psychicznych, powstających przedewszystkiem choć może nie wyjątkowo u osobników psychopatycznych — wiemy jaknajmniej — gdyż są to przypadki które dosięgają najdalej szpitali polowych i to nawet wyjątkowo — a do stacji wojskowych psychjatrycznych już bezwzględnie nie dochodzą. Mamy w tym kierunku

bardzo nieliczne i niewystarczające obserwacje bezpośrednie *(Steinau-Steinrück)* oraz wspomnienia w literaturze pięknej *(Erich Maria Remarque, Duhamel)*, również bezpośrednio odtwarzające te stany. Ogólnem jest narzekanie na zmrok, w który te zaburzenia są spowite.

Lekarze tak określają ową urazową atmosferę, która poza działaniem ognia artyleryjskiego w tych warunkach powstaje: bezsenność, zmęczenie fizyczne, nieregularne i niedostateczne odżywianie się, przedewszystkiem zaś wpływy psychiczne, „niezmiernie trudne do zanalizowania" *(Weygandt)*: bezustanny niepokój, niepewność, podniecenie, ostre napięcie uwagi i woli, fatalizm, wyłączenie dziedziny affektywnej, „wzmożony tonus affektywny" (*Weygandt, Hoche*).

Skutki tej skomplikowanej atmosfery urazowej bywają stopniowane rozmaite — zaczynając od zaburzeń neurastenicznych różnego stopnia — jeżeli na to określenie w związku ż grozą tematu można sobie pozwolić—z dominującymi objawami drażliwości, bezsenności, otępienia, zamknięcia się w sobie i sensacji wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Dołączają się do tego krótkie zazwyczaj epizody psychotyczne, najczęściej znów świadczące o mało wartościowem podłożu psychicznem, jak stany lękowe, stany podniecenia, stany splątania, majaczenia i omamice *(„Kriegsknall"—Stransky'ego)*, stany odrętwienia i szału, krótkotrwałe stany pomroczne. Stany nadzwyczaj krótkotrwałe, liczące się na godziny. Nadzwyczaj ciekawą jest tu analiza usposobienia patologicznego oraz działania wpływów „histeryczno-urazowych". *Birnbaum* mówi tu o połączeniu objawów psychorodnych z objawami wyczerpania.

Stransky podkreśla jako zasadniczą cechę uczestników wojny—*infantylizm psychiczny*. Do tego dołącza się poczucie fatalizmu: obydwa stwarzają psychiczną reakcję ochronną przeciw świadomości ogromnej wielorakości pszyszłych możliwości losu. Ten sam infantylizm i fatalizm stwierdza *Stransky* u ludności na tyłach, dziwiąc się szczupłemu stosunkowi zaburzeń nerwowych i psychicznych wśród niej do ciężkiej sytuacji życiowej, stworzonej przez wojnę. Dowodzi to ogromnej dostosowalności naszej psychiki. Wreszcie należy tu wspomnieć o specjalnych stanach psychicznych, rozwijających się w zwiazku z nakazem ataku, stanach „ślepej" odwagi, połączonych ze znacznem zwężeniem świadomości *(Sommer)*, jak również i stanach „wzmożonego tonusu wojennego" *(Hoche, Birnbaum)*, polegającego na „owym trwałym nastroju, wzmagającym siłę woli i energję, usuwającym wszelkie wrażenia nieprzyjemne przy pomyślnem działaniu — w imię silnie uczuciowo zabarwionych zadań".

A teraz kilka ustępów z opisów *Remarque'a* stanów psychicznych na froncie o które nam chodzi:

„...Życie takie na granicy śmierci, ma niezwykłe prostą linję i sprowadza się do rzeczy najpotrzebniejszych, wszystko reszta spoczywa w głuchym śnie: to jest nasza prymitywność nasz ratunek. Gdybyśmy byłi bardziej zróżniczkowani, bylibyśmy oddawna zwarjowali, zdezerterowali lub padli. Jest to jakby ekspedycja w dalekich lodach: każdy przejaw życia winien służyć jedynie zachowaniu istnienia i jest przymusowo na to nastawiony, wszystko inne jest stłumione, jako pożerające jedynie bez potrzeby siły. Jest to jedyny sposób ratunku i jakże często siedzę sam przed sobą jak przed osobą obcą... I dziwi mnie to, jak życie mogło się do tej postaci dostosować. Wszystko spoczywa w śnie zimowym, życie jest tylko stałem śledzeniem za przyrostami śmierci — stworzyło ono z nas jedynie myślące zwierzęta, aby nas obdarować bronią instynktu, abyśmy nie załamali się przed okropnością, która na nas najdzie przy jasnem świadomem myśleniu...

...Wojna obdarzyła nas obojętnością dzikiego człowieka, abyśmy pomimo wszystko każdy moment dodatni wyczuli i zachowali jako zapas przeciwko napadowi nicości...

...I jeszcze jedna noc... Jesteśmy otępiali z napięcia wewnętrznego. Jest to śmiertelne napięcie, które jak nóż wyszczerbiony drapie nas po kręgosłupie. Nogi nie chcą się poruszać, ręce drżą, a na ciele cieniutka pokrywa zasłania z trudem opanowywane szaleństwo, lada chwila wyrywający się nieopanowany wrzask bez końca. Nie mamy na sobie ciała, niema już żadnych mięśni, nie możemy na siebie spojrzeć z lęku przed czemś, co się nie daje obliczyć. Ściskamy z całej siły wargi... To przejdzie... to przejdzie... może zniesiemy i to.

...W ten sposób żyjemy w zamkniętem twardem bytowaniu niezmiernie powierzchownem, przerywanem rzadko iskrą jakiegoś zdarzenia".

Na czem polega wpływ wojny i służby wojskowej wogóle na neuro- i psychopatów, których ona zagarnia?

Jak wiadomo, służba wojskowa oparta jest na żelaznej dyscyplinie i bezwarunkowem posłuszeństwie pod odpowiedzialnością prawną. Psychopatów zaś najogólniej charakteryzuje niemożność, a czasem nieraz wprost niechęć do nagięcia się i przystosowania się. Dodatkowo, w różnych przymieszkach zdarzające się moralne defekty wpływają jeszcze gorzej na ów brak możności przystosowa-

nia się nieraz w ciężkich warunkach służby wojskowej. Stąd wynika główne zadanie psychjatrji wojskowej pokojowej, oczyszczanie wojska od naleciałości psychopatycznych podczas pokoju — dbanie o zdrowie psychiczne wojska analogicznie do wielkiej pracy, dbania o jego zdrowie fizyczne z innej strony prowadzonej. Doświadczenia naszego wojska narówni ze starem doświadczeniem innych armji zupełnie stanowczo domaga się trzymania wszelkiego rodzaju psychopatów zdaleka od służby wojskowej, jednakowoż nie należy zatajać, że w razie wojny, w razie poboru ochotniczego i rozluźnienia wogóle norm poborowych, psychopaci pod urokiem perspektywy nieograniczonego wyżycia się na wojnie wszelkiemi drogami rwą się w szeregi, aby po krótkim wybuchu zapału zawieść siebie i otoczenie i wpaść w konflikty z prawem wojskowem. Nie mogę nie zacytować tutaj jednego z bardziej znanych psychopatów, który po ucieczce z wagonu już w Warszawie, przed odstawieniem go do zakładu dla umysłowo chorych, w najkrótszym czasie wypływał to w Jeździe Rycerstwa Polskiego gen. Hallera, to jako adjutant jednej z armji ochotniczych po to aby w krótkim czasie znów po jakimś ciężkim konflikcie z otoczeniem być odstawionym, niejednokrotnie poranionym w zatargu, na oddział.

Ten punkt bezwzględnego trzymania zdaleka od wojska psychopatów wywołał cały szereg protestów z punktu widzenia rasowej hygjeny i eugeniki. Chodzi mianowicie o sztuczną obronę psychopatów w społeczeństwie podczas wojny, wówczas kiedy najlepsi synowie ojczyzny padają i giną. Chodzi o sztuczne pogarszanie w ten sposób „neuropsychicznego hygjenicznego współczynnika rasy". Interesuje tych badaczy pytanie, czy tego rodzaju silni i zdrowi fizycznie ludzie nie mogli by być na wojnie zużytkowani w ten sposób, aby przynajmniej częściowo pozwolić zaoszczędzić od zguby elementy pełnowartościowe? Istnieje bezwątpienia fakt, że niektóre typy psychopatyczne doskonale się nadają do warunków służby frontowo-wywiadowczej, opartej na poszczególnych czynach bohaterskich (*Drastich, Stelzner* — „Landknechtsnaturen"). Ta ślepa odwaga połączona z pewnem szukaniem przygód jest tutaj momentem zachęcającym.

I niektórzy psychjatrzy niezbyt głośno oddają się marzeniom takiej psychicznej *„Therapia Magna Sterilisans"* w celach eugenicznych. Ale jeden z rzeczników tej sprawy — *Stransky* cytuje przykład jednego katatonika, wziętego do wojska podczas zupełnej remisji, jako zdrowego. W stanie nagłego nawrotu zdążył on urządzić wśród kolegów „krwawą kąpiel"; całe szczęście — kończy

Stransky, że to się działo w kraju, na tyłach w „Hinterlandzie", nie na froncie, gdzie mogłoby mieć pełne grozy skutki. A takich przypadków ma przynajmniej kilka każdy z czynnych na wojnie psychjatrów. *Schmidt* z całym naciskiem jest za eliminowaniem z wojska tych elementów podczas pokoju, jako wyłącznie obciążających oddziały. Uważa on jednak za wielką niesprawiedliwość społeczną w stosunku do ludzi społecznie pełnowartościowych trzymanie tego rodzaju elementów zdala od wojny. Jest zdania, że osobniki tego rodzaju powinni być wcielani do bataljonów roboczych, składających się z ludzi poprzednio karanych, szkodliwych dla dyscypliny wojskowej. Wojna jest tak twardą, że wszelki sentymentalizm w stosunku do tego rodzaju elementów powinien być wykluczony. Ostrzega on jednakowoż, że tego rodzaju jednostki są niemożliwe zarówno w polu jak i na tyłach. Jeżeli nawet przyjąć, że niektórzy psychopaci, mowa tu jest o psychopatach impulsywnych, jako nejczęściej zdarzających się, zdolni są utrzymać się podczas krótkiego trwania wojny i nawet otoczyć się aureolą bohaterstwa, to wojna dłużej trwająca prowadzi bezwzględnie do ich zupełnego psychicznego rozkładu czy to w sensie psychicznym (psychozy reaktywne) czy w sensie kryminalnym. Ogólny wniosek zatem jest takj, że służba wojskowa na wojnie osobników nawet słabo psychicznie małowartościowych nie przedstawia się jednolicie i wymaga conajmniej ścisłej indywidualizacji.

Rzecz jasna, że na wojnie drogą poboru ochotniczego trafia do wojska częściowo ten materjał małowartościowy a nawet wyraźnie umysłowo chory, materjał który oficjalnie był w czasie pokoju zdaleka trzymany od wojska. Znane sa komunikaty o zachowaniu się bez zarzutu tego albo innego zdecydowanie umysłowo chorego na froncie. Słusznie podkreśla *Stransky*, że moment zewnątrzpochodny nie odznacza się tu taką bezwzględną szkodliwością, jak moment wewnątrzpochodny, stwarzający nowe schorzenia lub nawroty dawnych. W każdym razie nawet zwolennicy udziału osób małowartościowych psychicznie na wojnie przyznać muszą że na dłuższe trwanie wojny pozycyjnej, wymagającej przedewszystkiem opanowania się i surowej dyscypliny, tego rodzaju osobniki się nie nadają.

W sprawie powstawania schorzeń wewnątrzpochodnych w polu u osób do tego skłonnych, należy znów z całym naciskiem podkreślić, jak to stwierdza *Stransky*, że moc endogenii i jej praw ukrytych nie może być naruszona nawet przez najpotężniejsze wpływy exogenne. Wyjątek jednak stanowią *reaktywne* stany depresji i lękowe.

Wojna może wywoływać zaburzenia reaktywne neurotyczne i psychotyczne u osób, o których podłożu w tym kierunku poprzednio nic nie było wiadomo.

Tak się przedstawia psychopatja w ogólnem doświadczeniu wojskowem. Specjalnem jej odzwierciedleniem jest natomiast praktyka sądowa kryminalna. Kodeks karny wojskowy posiada mianowicie specjalne paragrafy, obce kodeksom karnym niewojskowym, w znaczny sposób hamujące indywidualne skłonności jednostki (dezercja, samowolne oddalenie się, odmowa posłuszeństwa, niesubordynacja). Paragrafy te odpowiadające ogólnie panującej w każdej armi dyscyplinie wojskowej są prawdziwą wędką na psychopatów. O ile wyimaginowana możność wyżycia się na wojnie, w warunkach niekrępowanych przez pokojowe normy społeczne jest w znacznym stopniu siłą przyciągającą psychopatów do służby wojskowej podczas wojny, to jednak w krótkim czasie po zaciągnięciu się do wojska powstaje konflikt z wojskowym kodeksem karnym. Należy zatem pokrótce rozpatrzeć jak się przedstawia usposobienie psychopatyczne w świetle kryminalistyki wojskowej.

Tutaj również jest miejsce na wzmiankę o racjonalnym podziale statystycznym psychopatji. Badania prawie że ostatniej doby usiłują stworzyć podwalinę dla racjonalnej a nie opisowej klasyfikacji psychopatyj *(Homburger, Kahn).* Klasyfikacje te aczkolwiek logicznie słuszne i całkowite całą swoją przewagę i wszystkie zalety zachowują w dziedzinie teorji, z powodu zaś ogromnego rozdrobnienia znaczenia praktycznego mieć nie mogą, pod względem liczby poszczególnych jednostek prawie że przewyższają one stare opisowe wyliczenia form psychopatycznych. Do praktycznego użytku statystycznego nie nadają się one zupełnie. Najbardziej jeszcze może liczyć na zastosowanie „kliniczno-opisowy" podział *Kahna*, opierający się na podziale *Schneidra*

1) Nerwowi, 2) Lękliwi, 3) Wrażliwi, 4) Natręctwa, 5) Drażliwi 6) Hypertymicy, 7) Depressyjni, 8) Chwiejni w nastroju, 9) Oziębli 10) Słabowolni, 11) Popędowcy, 12) Zboczeńcy płciowi, 13) Histerycy, 14) Fantaści, 15) Fanatycy, 16) Spaczeni.

Ze względu jednak że klasyfikacja ta niewątpliwie opisowa jest znacznie późniejsza od samej wojny (1928), powierzchowne przerobienie całego materjału, zdobytego podczas wojny i po tej wojnie na tę klasyfikację wydaje mi się pracą jałową i niekoniecznie potrzebną. Za wielki brak również uważam niemożność uzupełnienia

tego materjału przez analizę strukturalną, wówczas nam jeszcze nieznaną. Również i orjentacja według macierzystych procesów chorobowych *(Schizoid—Cykloid—Gliskroid)* może być stosowaną jedynie w części tych przypadków, nie wyczerpując najzupełniej całej polimorfji psychopatji; odgrywa ona raczej rolę słupów przydrożnych, z którymi każdy przypadek psychopatji musi być porównany ale nie zidentyfikowany. Nowe klasyfikacje poza ciekawem postawieniem zagadnienia teoretycznego nie mają zalet praktycznych, któreby im zapewniły statystyczną wziętość.

Pozostaje nam zatem do rozpatrzenia jak w świetle badań poprzednich przedstawia się sprawa psychopatji w wojskowem doświadczeniu sądowo-lekarskiem.

Psychopatja. 1 Dezercja. Stier przy rozpatrywaniu dezercji na pierwszem miejscu stawia ogólnie psychopatyczną, dysharmonijnie rozwiniętą osobowość, potem dopiero następuje niedorozwój umysłowy, zwłaszcza w połączeniu z niedorozwojem moralnym, a za nimi dopiero występuje alkoholizm. Dalej *Stier* podkreśla rzadkość przy dezercji poprzedniego uplanowania i obmyślenia: w większości przypadków ma się do czynienia z czysto uczuciowem nastawieniem. Dla niemieckich warunków konstatuje *Stier* przewagę dezercji dla marynarki w porównaniu z wojskiem lądowem, w tym ostatnim zaś dla kawalerji. Przeważają żołnierze świeżo wstępujący do wojska i młodsi wiekiem. Wprowadzenie ogólnej służby wojskowej zmniejsza dezercje, alkohol—ją powiększa.

Poenitz dzieli swój materjał dezercyjny na dwie grupy: 1) na psychotycznych — łącząc w tej grupie większość psychjatrycznych przypadków z istniejącym lub niezaznaczonym związkiem pomiędzy czynem inkryminowanym a psychozą, 2) przypadki przejściowe, do których należą psychopaci, niedorozwój umysłowy, infantylni i histerycy, czasem epileptycy i alkoholicy—z motywem czynu karygodnego zawsze zrozumiałym. Podział ten jednak został zarzucony przez *Birnbauma i Schmidta* jako sztuczny.—Wśród 50 przypadków dezercji *Schmidta*, 16 przypadków dotyczy psychopatji, czyli 32%. Dalszy podział tych przypadków jest następujący: drażliwi—3, niestali — 9, histeryczni — 4.

Tablica *Schmidta*:

Psychopaci	16
Padaczkowi	7
Alkoholicy.	5
Imbecyle	5
Schizofreni	5

Ciekawą jest cyfrowa styczność z padaczką ze względu na stany ucieczkowe przy niej *(Fuguezustände)*.

Udział alkoholików w dezercji jest względnie nieliczny w stosunku do przestępstw przeciw dyscyplinie wojskowej (5 : 15).

2) *Przestępstwa przeciw dyscyplinie wojskowej.*

Tabela *Schmidta* zawiera tutaj następujące dane:

Alkoholicy.	37
Psychopaci	37
Drażliwi	21
Niestali	5
Histeryczni	2

Widzimy że psychopatja w tej dziedzinie przestępstw wojskowych stoi na równi z alkoholizmem.

W przestępstwach drażliwych psychopatów podkreśla *Schmidt* przedewszystkiem skłonność do „krótkich spięć affektywnych", wzmożoną drażliwość i niestałość jako podstawę inkryminowanych czynów. Charakter tych podnieceń jest wyłącznie ilościowy. Często poprzedza wybuch affektu psychorodne oporne stanowisko (stany psychorodnej depresji). Wreszcie samo wyładowanie się affektu bywa połączone z uczuciem odreagowania i ulgi. W pewnem pokrewieństwie z temi stanami stoją i nagłe wybuchy w polu, według *Stranskyego „Kriegsknall"* nazwane, w których specjalnie rzuca się w oczy niewspółmierny stosunek pomiędzy drobną przyczyną a zjawiającą się reakcją psychiczną (patrz również u *Remarqué'a)*; stany zamroczenia nie są w tych okolicznościach konieczne.

Schmidt podkreśla, że upośledzenie cielesne w jakimkolwiek kierunku u psychopatów (brak oka, wole i t. d.) często stwarza u nich oporne stanowisko względem służby wojskowej.

We wszystkich przypadkach z tej grupy podnosi *Schmidt* jako cechy ogólne drażliwość i zmienność affektu.

Jak zwykle momenty zewnątrzpochodne splatają się tu ściśle z momentami wewnątrzpochodnemi. U psychopatów będziemy mieli najczęściej do czynienia z zwiększeniem się przez okoliczności zewnętrzne uczucia wewnętrznego napięcia i podrażnienia sprawami osobistemi i nieliczenie się ze sprawami służby wojskowej. Służba wojskowa wogóle a kary wojskowe w szczególności przyczyniają się do zwiększania tego uczucia przekory, tak łatwo się wyrabiającego pod wpływem nieprzyjemnych okoliczności zewnętrznych u psychopatów. Pomimo to wszystko stwierdza *Schmidt* — i przyłączam się w zupełności do jego zdania—rzadkość psychoz więziennych w oma-

wianym czasie. Jako okoliczności, specjalnie wyzwalające drażliwość na wojnie wylicza *Schmidt* przedewszystkiem uraz (73,3% — ciężkie urazy głowy w wywiadach). Na drugiem miejscu stoją przewlekłe zakażenia, w pierwszym rzędzie—kiła, zwłaszcza w krótki czas po zakażeniu i podczas pierwszych leczeń. *Schmidt* znajduje w swoich przypadkach w 20% przebyte zakażenie kiłowe, co jest jednak okolicznością niekoniecznie przemawiającą za związkiem między kiłą a drażliwością u psychopatów. Raczej w kierunku rzeczywistego zwiększania się związku pomiędzy świeżem zakażeniem kiłowem a naładowaniem wewnętrznem przemawiają nagłe psychozy reaktywne na wzór t. zw. psychoz ulicznych, powstające u psychopatów podczas przeprowadzania leczenia na wojnie w szpitalach wenerycznych. *Schmidt* również podkreśla że wśród 15 przypadków ta dysforja tylko 2 razy okazała się nieistniejącą już przed wojną, poprzedzona w obydwu tych przypadkach urazem czyto fizycznym czy też psychicznym. W sądowych przypadkach należy stwierdzić że zmiany ilościowe w przyroście afektu są znacznie częstsze niż zmiany jakościowe (affekt patologiczny). Te ostatnie powinny być rozpoznawane z należytą ostrożnością.

Należy tu jeszcze wspomnieć o pewnym parallelizmie pomiędzy wojną a więzieniem w wywoływaniu podobnych zaburzeń psychicznych, stanów zewnątrzpochodnych.

Czyny karygodne *drażliwych* według *Schmidta* przypadają głównie na trzeci lat dziesiątek (30 — 40 l.) w przeciwieństwie do czasu pokojowego (od 15—25 l. — *Kraepelin*), czas uprzywilejowany *niestałych* jest dziesięciolecie między 20 — 30 r. życia, w odróżnieniu od 4 dziesiątka w czasie pokoju (*Kraepelin*)., dla *histerycznych* — 3 dziesiątek, — Połowa służyła w wojsku zawodowo, z nich większość w czasie pokoju prowadziła się dobrze. Stąd wniosek że psychopatja, która doprowadziła u nich do występku, rozwinęła się u nich w późniejszem życiu lub na wojnie.—Należy przyjąć, że psychopaci naogół nie hallucynują, należy pamiętać że sny zdrowych ale wyczerpanych nerwowo na wojnie są wyjątkowo bogate w zdarzenia wojenne, niezmiernie żywo i lękowo zabarwione; w przeciwieństwie do tego schizofreni nigdy nie śnią w „języku wojennym" i to autystyczne odsunięcie się od wojny jest właśnie dla nich charakterystyczne.

Co do zapodawanej amnezji w psychopatów w czasie przestępczym *Schmidt* otwarcie powiada, że „jest się więcej okłamanym, niż by to należało przyjąć przy najbardziej pessymistycznym poglądzie".

W stosunku do stanu affektu podczas czynu, należy przyjąć że krzywa affektu narasta i może dawać momenty o dość silnem zamąceniu świadomości. Nigdy nie należy spuszczać z oka całości osobowości.

Należy pamiętać przy ostrych stanach affektywnych o sumacji affektów. *Birnbaum* zwraca uwagę na t. zw. „objawy początkowe", które często poprzedzają wybuch affektu i stan wyjątkowy (zamykanie się w sobie, mrukliwość, drażliwośc i t. zw. „napompowanie"). Zwłaszcza doświadczenie wojenne uczy zwracać uwagę na te objawy w przypadkach następczego stanu affektywnego.

II grupa psychopatów — *niestali* — odznacza się zaburzeniami woli, niezezwalającemi na trwałość i stałość przedsięwziętej pracy, należą tu ludzie z zamiłowaniem do włóczęgostwa, pseudologiści, niestali z defektem intelektualnym i lekkomyślni (haltlose) oficerowie. Zdarza się przytem opuszczenie się na wojnie wbrew opanowaniu się w czasie pokoju. Rozluźnienie dyscypliny, częste zmiany dowództwa, niepozwalające na ścisły stosunek służbowy z podwładnymi, przyczyniają się do rozłuźnienia tych zahamowań, dzięki którym osobnik taki „się trzymał". Wpływ momentów wewnątrzpochodnych u tych psychopatów jest znacznie mniejszy niż u drażliwych; u tych ostatnich przeciwieństwo między usposobieniem a środowiskiem żołnierskiem jest znacznie większe, większe są zatem tarcia i konflikty. Charakterystyczną cechą tego typu jest to, że po początkowo dobrej służbie następuje załamanie się w kierunku usposobienia psychopatycznego. Taki słomiany ogień zwłaszcza bywa obserwowany u młodych psychopatycznych ochotników. *Stransky* ochrzcił ich mianem *„Pseudoenergicznych"*.

Co do III grupy — psychopatów *histerycznych* należy przedewszystkiem zauważyć, że wiele napadów, określanych jako padaczkowe zalicza się właściwie do histerji lub szerzej mówiąc do psychogenji *(Gaupp, Hauptmann, Schmidt). Hauptmann* podkreśla nawet momenty różniczkowe: 1) nieznaczne obarczenie psychorodnych 2) brak częstości stygmatyzacji nerwowej w dzieciństwie 3) częstość połowicznych asymetrji u padaczkowych i „monoplegicznej" formy aury 4) w stosunku psychicznym—tępota, ubóstwo umysłowe i zwolnienie myślenia padaczkowych przeciwstawia się gotowości i podświadomej ucieczce w chorobę histeryków 5) ochota wojenna epileptyków przeciwstawia się ucieczce w chorobę histeryków.—W każdym razie niezmiernie często ma się do czynienia z napadami psychorodnemi, a nie padaczkowemi. Typową tu jest gotowość do wzmożonego reagowania na nieprzyjemne sytuacje życiowe.

Sprawa odróżnienia stanów pomrocznych psychorodnych od padaczkowych nie daje się ująć ściśle, można jedynie przypuszczać, że zamroczenie przy stanie psychorodnym nie jest tak głębokie, i niema takiej bezwzględnej luki w stosunku do otoczenia. Stany te są zawsze reaktywne i łatwo podlegają wpływom wychowawczym, panosząc się w razie nienapotykania na opór.

Alhoholizm. Liczne badania wśród ludności cywilnej wykazują bezpośredni związek miedzy alkoholizmem a przestępstwem jako 36,5%—4,00% u mężczyzn i 18,0% u kobiet według statystyk niemieckich. Czyny gwałtowne w Kopenhadze tworzą — wypełniane po pijanemu 65,0%, a kradzieże tylko 14,6%. Wedlug statystyki badenskiej z r. 1895 zostaje przypisane upiciu się 64% wszystkich przekroczeń oporu władzy, 46% wszystkich uszkodzeń ciała i tylko 7% wszystkich kradzieży. W porównaniu z tem — w warunkach wojskowych—*Jude* stwierdził podczas pokoju w obrębie jednego korpusu armji 35,5% alkoholików, w przypadkach zaś sądowych, mianowicie w przypadkach czynów gwałtownych przypadało na rzecz alkoholu 67%. Również i w warunkach służby niemieckiej stwierdził *Stier* że liczba przypadków dezercji i samowolnego oddalania się podczas pokoju zwiększa się w stosunku prostym do konsumpcji alkoholu w danej okolicy. Podczas wojny *Ladame* wykazał, że podczas pierwszego roku mobilizacji w Szwajcarji alkohol i syfilis dały 16% wszystkich zwolnień w drodze superrewizji, drugie 16% dała gruźlica. *Gilles, Lepine, Porot* i *Mesnard* podnoszą również rujnującą rolę alkoholu w wojsku, zwłaszcza wpływ alkoholu na psychikę małowartościową.

Wśród materjału mego z terenu działania wschodnio galicyjskiej armji austryjackiej (1915—1918), obejmującym 506 orzeczeń ilość przypadków sądowych alkoholizmu wynosiła 17%, w tem *połączenie alkoholizmu z psychopatją wynosiło 69,7%.*

Patologiczne stany upicia się tworzą u mnie 16,7% wszystkich przypadków w niemieckiej statystyce *Kastana* zaś 18,6%.

Padaczka. Typ kryminalny urazowo padaczkowy nie różni się naogół psychicznie ani kryminologiczne od padaczki swoistej: drazliwość, oosobienie eksplozywne, intolerancja wogóle i skłonność do patologicznych stanów alkoholowych w szczególności stwarzają podłoże dla ogólnie znanych czynów przestępczych przy padaczce w ogólności; po szczegóły muszę odesłać do pracy mojej *„Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo-lekarskie“*. Tu nas specjalnie obchodzi pogląd na najbardziej spowinowacone z wojskiem i wojną t. zw. stany ucieczkowe (*Fuguezustände*), jako stojące najbliżej

naszego tematu t.j, psychopatji. Stany ucieczkowe należy w ogromnej większości wypadków traktować jako *chorobliwe reakcje osobników skłonnych do zwyrodnienia na stany dysforyczne.* Moment reaktywny i podłoże psychopatyczne są tu więc dostatecznie podkreślone. *Schultze* właśnie specjalnia podkreśla, że te stany dysforyczne są zewnątrzpochodne w przeciwieństwie do takich stanów natury padaczkowej.

Neurastenja. Konstytucjonalna neurastenja, o którą tu chodzi znów właściwie wchodzi w skład psychopatji. *Schmidt* podkreśla tu specjalnie moment zwyrodnieniowy i uchylenie od normalnego typu. W przeciwieństwie do tego *Birnbaum* podkreśla konieczność najdalszego zwężenia pojęcia neurastenji i ograniczyć go do pojęcia zaburzeń nerwowych o charakterze drażliwego podniecenia *(Reizbare schwäche)* wskutek stanów wyczerpania u osób poprzednio zdrowych. Tak pojęta neurastenja musi być przeciwstawioną całej masie skarg i stanów u osób neuro-psychopatycznych. Właściwszem jest zatem mówić zwłaszcza w tym rozdziale o stosunku nie neurastenji ale reakcji neurastenicznej do przedstępstw wojennych. *Schmidt* dzieli przestępstwa tutaj należące na 1) naczyny affektywne—wspólne z psychopatją, 2) tchórzowstwo, 3) samowolne oddalenia się: stany ucieczkowe, tęsknotą, i stany neurasteniczne dysforyczne.

Własny mój materjał obejmuje dwa okresy:

1) Lata wojny światowej 1915—1918 z wojskowego oddziału psychjatrycznego Szpitala Garnizonowego we Lwowie.

2) Lata 1919—1928, lata wojny polsko-bolszewickiej i okres pokojowy z oddziału psychjatrycznego Szpitala Ujazdowskiego, obecnie Szpitala Szkolnego Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie.

Materjał mój z pierwszego okresu składa się z 2665 przypadków psychjatrycznych, w tem z 590 przypadów sądowych.

Materjał z drugiego okresu składa się z 3947 przypadków, w tem z 488 przypadków sądowych.

Dla charakterystyki ruchu chorych na wojskowym oddziale psychjatrycznym podczas wojny mogę podać jako przykład zachowaną u mnie statystykę z mego oddziału psychjatrycznego lwowskiego za czas od września 1915 r. do maja 1916 r. włącznie:

Przyjęć	1861
Umysł. chorych	1313
Obs. padaczki . . . ,	548
Odejść	1773
Prz. sądowych	133

Podaję również próbę podziału moich lwowskich przypadków jako charakterystyczną dla czasu wojny:

Psychopatja	158 (355)
Niedorozwój	471
Schizofrenja	899
Ps. histeryczna	158
Prz. sądowe	590 (393)

Widzimy, że psychopatja stoi na trzecim miejscu pomimo skromnej liczby 158 niesądowych przypadków. Należy do niej dodać znaczną część przypadków sądowych, a mianowicie z 590 przypadków 197 przypadków.

Porównanie procentowe cyfr z okresu lwowskiego z okresem warszawskim wypada następująco:

	Lwów	Warszawa
Psychopatja . .	23%	25,4%
Niedorozwój . .	20,3%	15,1%
Schizofrenja . .	21,2%	10%

Wysoka cyfra psychopatji w okresie warszawskim tłomaczy się specjalnym zwróceniem uwagi na ten dział w czasie pokoju.

Przystępując dalej do analizy cyfr z okresu warszawskiego to, o ile zostawić na razie na boku materjał sądowy, w przytoczonej tablicy na pierwszym miejscu znajdujemy niedorozwój, na drugiem schizofrenję u popisowych. Psychopatja, która zajmuje trzecie miejsce wysuwa się od r. 25, w czasie pokoju, w rubryce żołnierskiej na miejsce drugie. Tłomaczy tu się znowu specjalną walką w kierunku eliminowania z wojska elementów psychopatycznych oraz walką z alkoholizmem tak często łączącym się z psychopatją. (patrz tabl. I na str. 107).

Stosunek psychopatji w przypadkach sądowych do niedorozwoju wrodzonego i schizofrenji, jako do rubryk najczęściej się pozatem zdarzających, oraz do ogólnej ilości sądowych przypadków uwidoczniony jest na tabl. II-ej.

TABLICA II.

Szeregowi. Sąd.

	1920	1921	1922	1923	1824	1925	1926	1927	1928
Psychopatja	21	12	18	11	11	41	65	43	25
Niedorozwój	6	6	2	7	13	17	6	5	8
Schizofrenja	6	3	4	3	5	6	6	5	5
Ogólna ilość sąd. przyp. .	49	34	28	32	34	85	95	67	65
Psychopatja w % . . .	42,8%	35,3%	64,3%	34,3%	32,3%	48,8%	68,4%	64,1%	38,%

TABLICA I.

Rozpoznania popisowych i żołnierzy w l. 1919—1928.

SZEREGOWI	1919		1920		1921		1922		1923		1924		1925		1926		1927		1928	
	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.	P.	Ż.
Psychopatja . . .	7	5	29	31	51	38	7	26	20	21	13	48	24	54	15	50	28	60	39	51
Niedorozwój . . .	145	37	224	154	51	71	40	81	101	79	103	120	83	88	47	82	37	74	44	76
Schizofrenja . . .	49	38	105	102	30	19	34	59	67	33	54	53	64	33	34	26	44	25	48	50
Padaczka	13	11	18	19	2	4	4	8	11	4	3	9	4	6	2	7	1	3	—	2
Alkohol	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	—	7	—	4	—	5	1	6	—	5
Histerja	1	4	1	7	—	1	1	1	1	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2
Ps. dm.	9	5	8	8	1	—	1	1	3	4	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Organiczna . . .	2	1	—	2	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	3	—	—
Enceph. letharg. .	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—
Por. postęp. . . .	—	—	—	—	—	—	—	4	2	5	3	—	4	—	2	2	—	—	1	2
Ps. poinfekc. . . .	—	4	1	2	1	1	—	2	3	1	—	—	—	—	1	—	—	4	—	5
Ps. reaktywna . .	1	8	—	18	—	8	—	3	—	2	—	—	1	3	—	—	—	—	—	1
Nieokreślone . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—
Bez psychozy . .	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Neuropatja i nerwica	21	—	42	15	11	10	6	4	12	15	6	27	19	25	24	29	10	28	13	21
Wyczerpanie . . .	2	—	—	—	1	—	3	—	—	3	1	8	—	3	7	7	2	13	—	5
Morfinizm	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	8
Nerw. urazowa . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—

Widzimy w tabeli II-iej ogromną przewagę procentową psychopatji nad obydwiema grupami, poza któremi stała ona w przypadkach zwykłych.

Przewaga ta dochodzi w r. 1926 do 68,4% wszystkich w tym roku przypadków sądowych, które się przewinęły przez mój oddział.

Wreszcie Tab. III podaje nam podział tych przypadków sądowych psychopatji rubryk podziału na popełnione czyny inkryminowane (patrz tąbl. III ną str. 108).

Widzimy w tej tabeli jako czyn inkryminowany najczęstszy — dezercję, dalej najczęstsze są przestępstwa przeciw subordynacji, jak tego należało się zresztą u psychopatów spodziewać oraz zbrodnia oporu i targnięcia się czynnego najczęściej na przełożonego, pozatem dopiero idą zabójstwa i kradzieże.

Znów zwracają na siebie uwagę lata 1925—1927 wzrostem ilości czynów karnych u psychopatów.

Po przykłady kazuistyczne odsyłam do książki mojej *„Orzeczenia sądowo-lekarskie”*.

TABLICA III.

Przypadki sądowe szeregowych 1919—1928.

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Dezercja	—	7	4	7	3	5	15	27	16	14
Opór i targnięcie się .	—	—	1	—	1	3	5	16	5	3
Niesubordynacja . . .	—	5	1	1	1	1	7	8	8	1
Zabójstwo i usiłowanie zabójstwa	—	3	2	1	1	—	4	5	2	—
Rabunek i usiłow. morderstwa	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—
Kradzież	—	2	—	4	1	—	3	2	3	2
Fałszerstwo i oszustwo	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—
Zwałcenie i zniewolenie	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—
Stos. kazirodcze . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Homoseksualizm . . .	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—
Uchylanie się od służby	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Zdrada stanu	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Inne	—	—	—	3	2	1	5	2	5	2
Razem	—	21	11	18	11	11	40	63	40	23

Zupełnie zgodnie z danemi uzyskanemi przez *Schmidta* znajduje się i w moim materjale przewaga czynów niesubordynacyjnych u psychopatów drażliwych, przewaga dezercji i samowolnych oddaleń się u niestałych i przestępstwa mieszane, idące w różnych kierunkach u psychopatów histerycznych.

Jakież są zadania wojskowej psychjatrji w stosunku do zagadnienia psychopatji w wojsku podczas pokoju? Są one zupełnie wyjątkowe.

Przez wojskowy oddział psychjatryczny w związku z każdorazowym corocznym poborem przechodzi co rok większość psychopatów odnośnego rocznika, psychopatów ustrojowych i psychopatów wtórnych—po przebyciu psychoz z niezupełnym powrotem do równowagi psychicznej. Są to w większości przypadków ludzie nieobeznani jeszcze ani z sądem ani też z zakładem dla psychicznie chorych, ludzie którzy slę trzymali dotychczas w społeczeństwie *cywilnem* bez konflików. Jak wykazują dane statystyczne (Tab. III) ilość takich psychopatów, zwolnionych w charakterze poborowych, rekrutów lub żołnierzy (zależnie od czasu dokonywanego badania) przedstawia się następująco:

TABLICA VI.

Psychopaci niesądowi.

1919	12
1920	60
1921	50
1922	33
1923	41
1924	61
1925	78
1926	65
1927	88
1928	90

Zwiększanie się ilości psychopatów wśród poborowych od roku 1924 dowodzi jedynie większego zainteresowania się ze strony mojej kategorją badanych z tem rozpoznaniem w unormowanych warunkach pokojowych. Uważam bowiem, że najważniejszem zadaniem psychjatrji wojskowej na podstawie doświadczeń ostatniej wojny jest zupełne odgraniczenin psychopatów od służby w wojsku stałem. Należy się z tem liczyć, że na wypadek wojny, która, jak nam jest wiadomo, jest prawdziwą rodzicielką reakcji psychopatycznych, nawet poprzednio utajonych, trudno będzie z całą konsekwencją powstrzymać napływ psychopatów do wojska. Należy zatem podczas pokoju przynajmniej dbać o to, aby i zdrowie psychiczne wojska narówni ze zdrowiem cielesnem stało na odpowiedniej wysokości i aby codzienne życie wojskowych oddziałów nie było narażone na wybryki psychopatyczne.

Pomijam już zupełnie znaczenie eliminowania osobników psychopatycznych dla sprawy więcej niż ważnej, mianowicie dla zwalczania alkoholizmu w wojsku w czasie pokojowym. Postępowanie psychjatrów wojskowych powinno zatem iść w tym kierunku, aby osobników wyraźnie psychopatycznych do służby wojskowej niedopuszczać. Okoliczność spokoju domowego osobników psychopatycznych podczas wojny, w czasie której najlepsze jednostki psychiczne giną masowo na froncie (*Stransky, Schmidt*) oraz korzystanie z wojny jako czynnika eugenicznego,przyczyniającego się do wytępienia natur psychopatycznych, może być chętnie teoretycznie lub affektywnie uzasadniane, nie może się jednak przyczyniać do zabagniania elementami psychopatycznemi wojska wogóle a jego sądów i więzień w szczególności. Wojsko winno być utrzymane na zupełnym poziomie zdrowia psychicznego, w każdym razie w czasie pokojowym

jako w czasie przygotowawczym. Troska o zdrowie psychiczne wojska nie powinna być mniejsza od troski o jego zdrowie fizyczne.

Streszczam się:

1) Mówiąc o zaburzeniach psychicznych w czasie wojny należy mówić nie o psychozie wojennej ale o rozkwicie psychopatji jawnej i utajonej na wojnie.

2) Zdrowie psychiczne wojska wogóle wymaga niedopuszczania do jego szeregów osobników psychopatycznych przynajmniej w czasie pokoju. Wrazie mobilizacji, na wypadek wojny zaleca się wtym kierunku jaknajwiększą ostrożność.

3) Psychopatja przyczynią się głównie do statystyki kryminalnej wojska.

PIŚMIENNICTWO.

Birnbaum. Sammelberichte. Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund gegenwärtiger Kriegsbeobachtungen. Zeitschs. f. d. g. N. u. Ps. Ref. B. B. 11—14 1915—1918.—Psychische Verursachung seelischen Störungen. München 1928. *Freud.* Zeitgenosses über Krieg und Tod. Saml. kleiner Schriften zur Neurosenlehre. IV. F. I. Ps. Verl. Wien 1918. *Kahn.* Die psychopatischen Persönlichkeiten. Bumke. Handb. der Geisteskrankheiten V. I. 1928. *Lepine.* Troubles mentaux de guerre. Paris 1917. Masson et C-ie. *Nelken.* O potrzebie Państwowego Zakładu dla umysłowochorych zbrodniarzy w Galicji. Lwów 1913. — Zagadnienia psychjatrji wojskowej w związku z ogólnem szpitalnictwem psychjatrycznem. Pam. I Zjazdu Psychj. Polsk. Warszawa 1921.—Alkohol i przestępstwa podczas wojny. Lek. Wojsk. Nr. 21. 1920.—Psychozy reaktywnna wojnie. Lek. Wojsk. Nr. 30, 1921.—Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo-lekarskie.—Udawanie zaburzeń psychicznych a służba wojskowa.—Warszawa 1926.—Przestępstwa w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem. Czasop. Sąd. Lek. Nr. 2. 1928. *Porot et Hesnard.* L'expertise mentale militaire. Paris 1918, Masson et Cie. *Stransky.* Krieg u. Geistesstörung. Wiesbaden 1918. Bergmann. *Schmidt.* Forensische u. psychiatrische Erfahrungen im Karger. Berlin 1918 Karger. *Simmel.* Kriegsneurosen und psychisches Trauma Leipzig. München 1918. Neumark. *Weygandt.* Die Geisteskrankheiten im Kriege. München. 1917. Bergmann. *Remarque.* Im Westen nichts neues. 1929. Berlin.

PROJEKT ROZBUDOWY PAŃSTWOWEGO SZPITALA PSYCHJATRYCZNEGO I KLINIKI PSYCHJATRYCZNEJ U. S. B. W WILNIE.

podał

PROF. DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie mieści się obecnie w Państwowym Szpitalu Psychjatrycznym, do którego została przeniesiona ze Szpitala Wojskowego z otwarciem nowego szpitala. Połączenie obu instytucji Szpitala i Kliniki okazało się słuszne, celowe, praktyczne i dla obu korzystne, szczególnie jeżeli uwzględnić okoliczność, że profesor psychjatrji, dyrektor kliniki jest jednocześnie dyrektorem szpitala w ten sposób usunięta została z założenia możliwość tarć pomiędzy obu instytucjami. Rostrzyganie wszystkich trudności, które mogłoby nastręczyć to współżycie jestześrodkowane w jednej osobie i jak stwierdza praktyka, już przeszło dwuletnia ta strona zagadnienia powikłań nie nastręcza:

Zasada połączenia kliniki ze szpitalem jest tak dalece słuszna, że powinna stanowić myśl przewodnią przy tworzeniu każdej kliniki psychjatrycznej wogólności, a tam gdzie zastosowania początkowo nie znalazła, powinna stanowić podstawę reorganizacji w tym kierunku.

Korzyści są zobopólne i te dają mocny i trwały grunt istnienia i rozwoju obu: szpitala i kliniki.

Dla kliniki, że może rozporządzać całym materjałem szpitalnym dla swych celów dydaktycznych i naukowych chociaż liczba etatowych łóżek klinicznych może być mniejsza niż liczba wszystkich chorych w szpitalu. Obecnie klinika rozporządza etatem tylko 50 łóżek, etat chorych szpitalnych wynosi 120, a w rzeczywistości, jak obecnie sięga 150. Klinika dla wykładów, ćwiczeń ze słuchaczami, dla badań naukowych może korzystać z całego zasobu chorych szpitalnych chociaż sama posiada tylko jedną trzecią część liczby

ogólnej chorych. Materjał jest cenny, napływający, chorzy są tu przeważnie chorzy ostrzy; w ciągu roku przez szpital przechodzi liczba dwukrotna w stosunku do pojemności zakładu. Połączenie szpitala z kliniką jest sprawą bardzo ważną, wydaje mi się niedostatecznie braną wogóle pod uwagę przy tworzeniu klinik psychjatrycznych. Cała uwaga tworców jest ześrodkowana na budowie, na rozplanowaniu potrzebnych pomieszczeń, a mniej myśli się o tem, skąd klinika będzie czerpała materjał dla swych celów i tylko takie rozwiązanie zagadnienia jakie zostało dokonane w Wilnie było słuszne, bo wzięto pod uwagę przedewszystkiem wzgląd powyższy i do niego całą organizację nowej instytucji dostosowano.

Zasada spółżycia obu instytucji okazała się pożyteczna także dla szpitala. Podniósł się poziom leczenia, przybyły nowe źródła środków materjalnych.

Przedewszystkiem szpital dzięki spółżyciu z kliniką ma możność korzystania z pomocniczych sił lekarskich kliniki. Zamiast jednego lekarza posiada ich pięciu, bo wszyscy lekarze kliniczni pełnią na równi czynności lekarzy szpitalnych. Dalej podnosi się poziom leczenia także dzięki temu, że w klinice muszą być i są dokonywane próby stosowania nowych metod leczenia, co w mniejszej mierze obowiązywałoby szpital pozostawiony samemu sobie. Szpital dzięki klinice korzysta z pomocy innych uniwersyteckich klinik i zakładów badawczych. Trzeba samemu dotknąć się tej rzeczy ażeby ocenić należycie czem jest dla życia szpitalnego okoliczność, że może łatwo sięgać po pomoc konsultacyjną do klinik innych specjalności, korzystać w razie nastręczającej się wątpliwości z porady internisty, chirurga, okulisty i t.d. otrzymać od niego wskazówki leczenia, ewentualnie nawet udział w przeprowadzeniu samego leczenia, a także czem jest łatwość korzystania z możności ścisłego badania bakterjologicznego, serologicznego czy innego w odpowiednim zakładzie uniwersyteckim. Są to wszystko względy bardzo poważne. Dodam jeszcze, że szpital dzięki klinice może korzystać z narzędzi, leków, z dotacji uniwersyteckiej, których sam nie mógłby sobie zakupić, otrzymuje pewną sumę na dożywianie chorych, na uzupełnienie braków bielizny, ubrania, sprzętów. Są to rzeczy niewielkie lecz zawsze przynoszą pewną pomoc. Zakup książek, prenumerata pism naukowych spada całym ciężarem na klinikę, lecz korzysta z tego także szpital.

Stan obecny obu instytucji nie może nadal wystarczyć.

Zarówno szpital, jak i klinika muszą być rozbudowane jeżeli mają spełnić całkowite swe zadania.

Stan obecny może być tylko punktem wyjścia rozbudowy, posiada dla niej warunki najzupełniej pomyślne.

Szpital leży na przedmieściu Wilna Antokolu, na wzgórzach częściowo porosłych wysokopiennemi, staremi sosnami, częściowo zajętych pod ogrody owocowe. Teren jest doskonały pod względem sanitarnym. Jest obszerny: po przyłączeniu przyległych gruntów obejmie obszar około 7 hektarów, przestrzeń zupełnie wystarcającą dla najdalej idącej rozbudowy. Szpital leży właściwie w mieście, na jednym z jego przedmieść, w miejscowości zacisznej, wolnej od gwaru i ruchu miejskiego, a jednakże położonej w szczególnie wygodnych warunkach komunikacyjnych, bo w odległości kilku minut drogi pieszej od przystanku linji autobusowej tej części miasta. Położenie jest wygodne dla szpitala i kliniki. Szpital w dalszym rozwoju ma zostać stacją zdawczą dla mającego powstać szpitala w Kojranach, którego budowa jest projektowana w przedłużeniu obecnej linji komunikacyjnej szpitala. Klinika również przy najdalej idącej rozbudowie uniwersyteckich zakładów lekarskich, bez względu na to gdzie nastąpi ta rozbudowa na Zakrecie czy na Antokolu, może i powinna pozostać tam gdzie jest w tej chwili. Klinika psychjatryczna wymaga większego terytorjum niż inne klinikį, jest niechętnie widzianą jako sąsiadka innych klinik, lepiej żeby posiadała terytorjum odrębne, własne. Najdalej idące przewidywania nie stają w sprzeczności z pozostawieniem Kliniki psychjatrycznej tam gdzie znajduje slę obecnie.

Na czem ma polegać rozbudowa kliniki? Na pobudowaniu oddzielnego pawilonu, wzniesionego sumptem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia publicznego w którym zostałabyześrodkowana działalność kliniki dydaktyczna i naukowa. Uniwersytet, jak dotychczas, dla stworzenia w szpitalu kliniki nie zrobił nic.

Klinika nie posiada sali wykładowej. Wykłady są prowądzone w sali dziennego pobytu chorych, w jadalni, którą trzeba za każdym razem przygotowywać na wykład. Usuwać chorych do sal przyległych, sypialni, wynosić stoły, ustawiać ławki i krzesła, ustawiać estradę, katedrę, tablicę i wszystko to wynosić zaraz po wykładzie i przywracać salę do poprzedniego stanu. Dochodzący z sąsiednich sal hałas i rozgwar utrudniają prowadzenie i słuchanie wykładu. Sala jest przechodnia, czasami trzeba przeprowadzać chorego do ustępu przez salę, w której odbywa się wykład. W podobnych warunkach są prowadzone tąkże i ćwiczenia ze słuchaczami.

Klinika nie posiada żadnych pomieszczeń własnych pod pracownie naukowe. Korzystać musi z lekarskiej pracowni szpitalnej, przeznaczonej dla dokonywania bądań lekarskkich mieszczącej się

w drewnianym baraku szpitalnym, pomiędzy salami chorych. Pomieszczenie jest tak dalece niewystarczające, a warunki badań tak utrudnione, że trzeba nieraz dla pewnych badań szukać gościny w innym zakładzie uniwersyteckim, bo samego badania u siebie na miejscu niemożna dokonać i nie są to wypadki szczególnie wyjątkowe. Pomimo tych przeszkód badania są prowadzone, lecz ich przezwyciężenia trudności naraża pracowników na mitręgę i zbędną stratę czasu.

Szpital nie posiada mieszkań dla pracowników klinicznych nie posiada ich zresztą w dostatecznej liczbie dla pracowników własnych. Szpital dać może tylko pomieszczenie dla lekarzy dyżurnych, wszyscy pozostali lekarze muszą mieszkać poza szpitalem. Jest to znaczne utrudnienie pracy lekarskiej. Charakter kliniki, rodzaj prowadzonych obserwacji i badań wymaga nieraz obecności lekarza prowadzącego badania nietylko w ciągu całego dnia, a także i w nocy. Trudność szczególna, jeżeli mieszka się poza terenem swej pracy.

Projektowany pawilon kliniczny powinien usunąć powyższe trudności.

Pawilon ma być piętrowy: falistości terenu sutereny w jednej połowie pawilonu miałyby charakter niskiego parteru. Na parterze właściwym mieściłyby się: sala wykładowa, pracownie patologiczno-anatomiczna, chemiczno-fizjologiczna, psychologiczna, ciemnia fotograficzna, gabinety dyrektora i adjunkta, bibljoteka z salą konferencyjną, kancelarja, poczekalnia, skład instrumentów, poczekalnia chorych, którzy mają być demonstrowani na wykładzie, przejście do sali wykładowej dla słuchaczów, ustępy, klatki schodowe oraz duża szatnia dla słuchaczów z lożą portjera. Przez środek pawilonu przebiegałby szeroki trzymetrowy korytarz, który byłby jednocześnie w pewnej mierze salą odpoczynkową dla słuchaczów w przerwie pomiędzy godzinami wykładów. Wszystkie pomieszczenia wysokości 3,5 metra z wyjątkiem sali wykładowej, której wysokość wynosiłaby 5 mt. Powierzchnia sali 9 $\times$ 12 m, mieściłaby 92 siedzenia, liczbę najzupełnie wystarczającą. Pracownie są pomyślane skromnie, oszczędnie, lecz posiadają rozmiary dostateczne dla celów którym mają służyć.

Na piętrze mieszkania dyrektora, asystentów klinicznych z wyłączeniem części zajętej przez salę wykładową, biegnącą przez dwa piętra. Mieszkania niewielkie, oszczędne lecz zupełnie wystarczające. Wysokość pomieszczeń wynosi 3,5 mt. Projekt wylotu korytarza na parterze przewiduje możność połączenia budynku klinicznego z pa-

wilonami szpitalnemi chorych za pomocą krytych ogrzewanych korytarzy. Pod audytorjum byłoby pomieszczenie dla zwierząt do badań.

W części stanowiącej niski parter wyżej mieszkania woźnego, portjera, pomieszczenie pod niektóre urządzenia lecznicze, których gros razem z warsztatami pracy chorych mieścić się będzie w ośrodkowym budynku szpitalnym, jak niżej.

Koszt pawilonu nie powinien przekroczyć 400,000 zł. nawet przy wzroście cen. Według cen obecnych sięga 380,000 zł.

Szpital obecny składa się z trzech budynków, jednego murowanego piętrowego i dwóch piętrowych baraków drewnianych.

Budynek murowany, stosunkowo nowy o wystarczająco dobrym rozkładzie pomieszczeń po dokonaniu potrzebnych przeróbek, może służyć nadal i mieścić około 70 chorych.

Baraki są stare zmurszałe, konserwacja ich nie opłaciłaby się, powinny być skasowane.

Ażeby szpital mógł spełniać całkowicie zadanie zakładu psychjatrycznego powinien otrzymać budynki następujące: 1) Budynek ośrodkowy: w suterynie niektóre urządzenia lecznicze, warsztaty pracy chorych, na parterze obszerny gabinet lekarski, w którym można byłoby przeprowadzać badania chorych, wykonywać drobne operacje chirurgiczne, nakłucia lędźwiowe, wlewania dożylne i t. d., łazienka, poczekalnia, magazyn, kancelarja, pokój dyżurnego lekarza, klatka schodowa, ustępy i na piętrze oddział dla 12 dzieci (6 dziewczynek i 6 chłopców) dwie sypialnie, pokój wychowawczyni, jadalnia jednocześnie sala rekreacyjna, sala szkolna, 2) i 3) Dwa pawilony obserwacyjne parterowe jeden dla kobiet, jeden dla mężczyzn każdy na 24 chorych. Konstrukcja pawilonu najprostsza, dwie sale trzystronnie oświetlone (na obu krańcach budynku) połączone salą pobytu dziennego z której prowadzą wejścia do pomieszczeń pomocniczych (pokój siostry), kuchenka, łazienka, ustęp. Sala dzienna nieco wgłębiona, przed nią kryta weranda. Pomiędzy werandą a salami chorych niewielkie pokoiki, łączące się z jednej strony z salą chorych z drugiej strony z werandą.

Werandowaniu przypisują duże znaczenie w leczeniu psychicznie chorych. Poza zabezpieczeniem przed gruźlicą, samo w sobie werandowanie jest skuteczną metodą leczniczą przez podniesienie sprawności roślinnego życia ustroju. Pod tym kątem widzenia jest pomyślany pawilon. Ponieważ do werandowania trzeba chorych ciepło ubierać, a po werandowaniu z ciepłego ubrania rozbierać, trzeba tego dokonywać w pomieszczeniu pomiędzy werandą, a salą chorych. Do tego celu służą wspomniane powyżej pokoiki. Stanowią one jed-

nocześnie rodzaj tamburu, zabezpieczają salę chorych od wtargnięcia zimnego powietrza ze dworu.

Ponieważ dach werandy będzie zabierał nieco światła sali dziennego pobytu, oprócz fortes fenétres prowadzących z sali na werandę, nad werandą będą jeszcze okna dodatkowe, w ten sposób sala będzie zupełnie dobrze oświetlona. Sala dzienna o $^1/_2$ metra wyższa, będzie miała 4 mt. wysokości, przy wysokości werandy 2,5 mt. pozostanie dla dodatkowych okien $1^1/_2$ mt.

Budynek jest parterowy i konstrukcyjnych trudności nie nastręczy.

Dwa następne budynki są symetryczne, kobiecy i męski. Są piętrowe, mieszczą na piętrze oddziały pensjonarskie na parterze dla chorych ogólnych.

Doświadczenie poucza, że pomieszczenia pensjonarskie są poszukiwane, Ponieważ opłata pobierana jest wyższa od kosztów leczenia, powstaje stąd dla szpitala pewien czysty zysk. Projekt przewiduje w każdym pawilonie 4 pokoje oddzielne dla pensjonarzy 1-ej klasy, dwa pokoje wpólne, każdy dla 2-ch chorych, pokój dziennego pobytu (jadalnia) oraz pomieszczenia pomocnicze (pokój siostry, łazienka, ustęp). Na dole dwie sale sypialne jedna na 8-miu chorych, druga na 4-ch, dwie sale dziennego pobytu, jedna pod jadalnie druga dla werandowania przy otwartych oknach. Chorzy ubierani i rozbierani są przy oknach zamkniętych w sali ogrzanej, werandują przy oknach otwartych.

Projekt rozbudowy wysuwa na pierwszy plan lecznicze zadanie szpitala, stawia w pierwszym rzędzie środków leczenia, pracę chorych i werandowanie. W rozkładzie pomieszczeń projekt dąży do prawidłowego stopniowania nadzoru nad choremi;ześrodkowuje chorych wymagających nadzoru najbardziej bacznego w pawilonach obserwacyjnych. Nr. 2 i 3. Chorzy wymagający mniej bacznego nadzoru byliby umieszczeni w pawiljonach 4-ym i 5-ym. Wreszcie chorzy, dla których wystarczałby dozór zwykły, przebywaliby w istniejącym obecnie pawilonie murowanym.

Przeprowadzona w sposób powyższy rozbudowa kliniki i szpitala pozwoli obu instytucjom rozwinąć całą pełnię działalności każdej z nich w doskonałem spółżyciu obu.

SZKIC NAJWAŻNIEJSZYCH ZAGADNIEŃ, DOTYCZĄCYCH PROGRAMU BUDOWY ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

podał

W. ŁUNIEWSKI (Tworki).

Po wieloletnim zastoju zaczynamy nareszcie myśleć o budowie zakładów psychjatrycznych.

Już oddawna brakuje nam miejsc conajmniej dla połowy chorych, potrzebujących opieki zakładowej. Od szeregu lat mówi się o tem, że dla zaspokojenia najpilniejszych potrzeb ludności musimy w najbliższym czasie stworzyć conajmniej 12000 miejsc zakładowych.

W związku z tym faktem wyłania się cały szereg zagadnień programowych które należy przemyśleć uprzednio, by uniknąć w przyszłości kosztownych i niedających się odrobić skutków akcji dorywczej i bezprogramowej. Jesteśmy zbyt biedni na to, żeby pozwalać sobie na luksus bezprogramowości.

Zagadnienia, dotyczące programu opieki nad psychicznie choremi w Polsce, dadzą się podzielić na dwie grupy. Jedna z nich obejmuje zagadnienia najogólniejszego programu całokształtu tej sprawy, a więc sprawę opieki nie tylko zakładowej, ale i pozazakładowej w związku z terytorjalnem rozmieszczaniem zakładów psychjatrycznych, stacji zdawczych, przytułków dla chroników, kolonji, zakładów specjalnych i sprawą ustosunkowania się tych instytucji do tego lub owego typu opieki pozazakładowej, dalej sprawę najkorzystniejszej dla naszych warunków pojemności jednostki zakładowej i w rezultacie opracowanie projektu sieci instytucji psychjatrycznych na terenie Rzeczypospolitej.

Drugą kategorję zagadnień stanowią sprawy ściślej związane z budową pojedyńczego zakładu, a więc sprawa programu budowy tych typów zakładów, które ustali program ogólniejszy, sprawa wy-

boru terenów budowlanych oraz cały szereg zagadnień, dotyczących struktury wewnętrznej zakładu i jego urządzeń.

Zacznijmy od zagadnień pierwszej grupy.

Doświadczenia, poczynione w krajach Europy Zachodniej i Ameryki, dowodzą, że zakład psychjatryczny zamknięty nie jest jedyną instytucją opieki nad psychicznie chorymi, nie może on być też uważany ani za najtańszą ani za najlepszą z punktu widzenia lekarskiego postać opieki nad psychicznie chorymi.

Z wydanej niedawno po niemiecku książki *Kolba, Rhema i Falthausera* p. t. „Die offene Fürsorge für Geisteskranke" i z referatu Pana Ministra *Chodzki*, wygłoszonego na zeszłorocznym naszym Zjeździe, wiemy już jak doniosłą rolę w programie opieki nad psychicznie chorymi odegrać może należycie zorganizowana opieka pozazakładowa.

Ponieważ cała ta gałęź współczesnej psychjatrji praktycznej prawie że nie istnieje u nas i trzeba ją dopiero powołać do życia, należałoby się zastanowić nad tem, jak by ją było najkorzystniej rozwijać na naszym dziewiczym jeszcze terenie. Jesteśmy w tem szczęśliwem położeniu, że nie krępują nas żadne niemal tradycje ani fakty dokonane.

Znamy cztery typy opieki pozazakładowej, nad psychicznie chorymi: typ opieki rozproszonej (dyspersyjny), typ opieki zogniskowanej (koncentracyjny), typ adneksyjny i typ regionalny.

Typ opieki rozproszonej polega na tem że chorych rozmieszcza się na dużym terenie, niemal że rozprasza się ich po całym kraju. W postaci zorganizowanej spotykamy ten typ opieki w Szkocji, w postaci zaś samorodnej i niezorganizowanej mamy z nim do czynienia w tych częściach Polski, w których niema zakładu psychjatrycznego. W Szkocji umieszcza się chorych w rodzinach obcych po należytem przesianiu ich przez sito opieki zakładowej—u nas chorzy pozostają u swoich rodzin bez segregacji i przez nikogo nie kwalifikowani.

Opieka pozazakładowa *typu koncentracyjnego* dąży do zogniskowania chorych w pewnej okolicy — w specjalnie dla tego celu zorganizowanych kolonjach. Z tym typem opieki pozazakładowej spotykamy się w Belgji (najstarsza sławna kolonja Gheel), we Francji i Holandji. W Polsce mieliśmy skromną próbę skoncentrowanej opieki pozazakładowej w Olkienikach, dotychczas, o ile mi wiadomo, niewznawianą po wojnie.

Opiekę pozazakładową trzeciego typu—*adneksyjną* — spotykamy w Niemczech. Znamionuje ją to, że rozwija się ona w pobliżu za-

kładu psychjatrycznego, jako dodatek zakładu króry staje się jej ośrodkiem.

Chorych umieszcza się w tym typie opieki z początku w rodzinach pielęgniarzy, potem u osób obcych, zamieszkujących w pobliżu zakładu.

Lekarze zakładu utrzymują stały kontakt z chorymi, pozostającymi w opiece pozazakładowej, przenoszą ich w razie potrzeby bez żadnych formalności do zakładu z powrotem.

Z opieką pozazakładową typu adneksyjnego spotykamy się u nas w dzielnicy b. zaboru pruskiego, nie osiągnęła ona jednak w żadnym z naszych zakładów znaczniejszego stopnia rozwoju.

Typ opieki pozazakładowej *regjonalnej* jest typem najmłodszym, ale zarazem najdoskonalszym. Łączy on w sobie zalety typu dyspersyjnego i adneksyjnego. Charakterystyczną cechą opieki regionalnej jest to, że obejmuje ona całość zagadnienia opieki nad psychicznie chorymi na pewnym ściśle ograniczonym terenie administracyjnym. Pod egidą centralnego zakładu psychjatrycznego tworzy się na terenie, objętym tą opieką szereg stacji prowincjonalnych, pozostających pod opieką lekarzy zakładu. W odleglejszych zakątkach organami tej opieki stają się specjalnie w tym kierunku wyszkolone pielęgniarki. Wszystkie stacje łącznie z ich filjami pozostają w stałym kontakcie z centralnym zakładem psychjatrycznym, który posiada w swojej ewidencji wszystkich psychicznie chorych, zamieszkujących w jego okręgu i roztacza nad nimi opiekę nietylko lekarską sensu stricto ale i opiekę socjalną w najrozleglejszym zakresie.

Wzorem regjonalnego typu opieki może być opieka nad psychicznie chorymi na terenie okręgu Norymbergi z centralnym zakładem psychjatrycznym w Erlangen. Drugi przykład tego typu opieki spotykamy na obszarze miasta Roterdamu w Holandji z zakładem Maasord i uzależnioną odeń stacją miejską.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że regjonalny typ opieki nad psychicznie chorymi stanowi najdoskonalszą postać rozwojową tej opieki i gdyby to odemnie miało zależeć nie wahał bym się w postawieniu go na wzór do naśladowania w Polsce. Kol. *Fuhrman*, który w roku ubiegłym zwiedzał Erlangen i zapoznał się z całym systemem tamtejszej opieki regionalnej, będzie mógł poinformować nas dokładniej o zaletach tego typu opieku pod względem lekarskim.

Typ opieki regionalnej zalecałby się dla nas także i z tego względu, że pozwoliłby on nam zaspokoić nasze potrzeby psychja-

tryczne mniejszą liczbą zakładów, niż w tym przypadku, gdybyśmy go u nas nie zastosowali.

Jeżeli zgodzilibyśmy się na propagowanie u nas regjonalnego systemu opieki nad psychicznie chorymi, sądzę, że już bez dyskusji zgodzimy sie na to, że najodpowiedniejszą jednostką terytorjalną dla tej opieki będzie obszar województwa. Jedynie w województwach gęściej zaludnionych i silniej uprzemysłowionych mogłaby się nastręczyć potrzeba podziału województwa na okręgi, ale to byłaby już sprawa dalsza.

Narazie należałoby dążyć do tego, by każde nasze województwo pozyskało corychlej swój centralny wojewódzki zakład psychjatryczny. Do zadań wojewódzkiego zakładu należałoby organizowanie na terenie województwa 'opieki nad psychicznie chorymi nie tylko zakładowej ale i pozazakładowej. Centralny zakład musiałby myśleć o tem, by w większych miastach województwa, dalej od zakładu położonych, zorganizować stacje zdawcze dla ostrych przypadków. W miastach uniwersyteckich funkcje stacji zdawczych mogłyby przejąć nasze kliniki uniwersyteckie, w innych miastach mogłyby te funkcje pełnić bądź istniejące mniejsze zakłady (np. Kochanówka mogłaby być stacją zdawczą dla Łodzi) bądź oddziały psychjatryczne przy szpitalach ogólnych, funkcjonujące pod nadzorem zakładu centralnego.

Do zadań zakładu wojewódzkiego należałoby tworzenie na prowincji województwa (np. po powiatach) stacji opiekuńczych z jedną lub kilkoma wyszkolonemi dla tego celu pielęgniarkami. Stacje te pozostawałyby pod nadzorem jednego lub kilku lekarzy, specjalnie opiece pozazakładowej poświęconych. Lekarze ci pozostawaliby w stałym kontakcie z zakładem centralnym.

W miarę przepełniania się zakładu wojewódzkiego możnaby było myśleć o budowie zakładów pomocniczych, jak np. zakładu dla epileptyków, zakładu dla głuptaków, nie nadających się do opieki rodzinnej, zakładu dla alkoholików i t. p. Jeśliby to wszystko nie wystarczało dla usunięcia przepełnienia może zajść potrzeba podziału województwa na dwa okręgi i budowania drugiego zakładu okręgowego.

Jak wielkim ma być typowy centralny zakład psychjatryczny wojewódzki, względnie okręgowy?

Czy mamy go obliczać odrazu na dużą miarę, czy raczej dążyć do tego, by utrzymał się w granicach średniej pojemności?

Próba powołania do życia wielkiego zakładu dała na kontynencie Europy wynik ujemny. Myślę tu o zakładzie Steinhof, który za-

wiódł pokładane w nim nadzieje, zarówno pod względem ekonomicznym, jak i pod względem lekarskim. Nie chcę tu cytować licznych argumentów, ogólnie znanych, które przemawiają za tem, że optimum pojemności zakładu psychjatrycznego leży w granicach 600—800 miejsc dla chorych.

Typowy wojewódzki zakład psychjatryczny należałoby zdaniem mojem, budować w ten sposób, by jego centralne urządzenia były przewidziane dla ± 800 chorych, w pierwszym zaś okresie budowy ograniczyć się do ± 600 miejsc. Bez trudności zakład taki da się doprowadzić w następstwie do maksymalnej liczby jego miejsc etatowych, które już w pierwszcm okresie budowy należy uwzględnić w planie sytuacyjnym zakładu.

Czy możemy już dziś opracowywać całkowity projekt sieci instytucji psychjatrycznych dla całego Państwa? Sądzę, że nie. W tej chwili najpilniejszą byłaby sprawa pobudowania 12 centralnych Zakładów psychjatrycznych w tych województwach, które ich nie mają. Jeżeli sprawa budowy tych 12 zakładów posuwać się będzie nadal w tem tempie, w jakim posuwa się sprawa budowy pierwszych trzech zakładów, to do realizacji tego minimalnego postulatu potrzeba będzie około 10—15 lat. Sądzę, że w ciągu tego okresu czasu mogą znajść w rozmieszczeniu ludności w kraju takie zmiany, które mogą dziś opracowany projekt sieci uczynić nierealnym. Brakuje nam też dużo danych co do tego, czy i w jakiej mierze da się na naszym gruncie rozwinąć opieka pozazakładowa. Dowiemy się o tem dopiero wtedy, kiedy po województwach powstaną ośrodki, które ją zapoczątkują.

Przejdę teraz do zagadnień, ściśle związanych z budową zakładu psychjatrycznego.

Przyjęło się już u nas przekonanie, że zakładowi psychjatrycznemu, który ma się budować, należy dać conajmniej tyle hektarów gruntu, ile wynosi $^1/_4$ jego zamierzonej pojemności, czyli po $^1/_4$ ha. ziemi na głowę chorego.

Sądzę, że powinniśmy obstawać przy tej normie.

Wiemy z własnego — polskiego doświadczenia, z jakiemi trudnościami terenowemi muszą walczyć zakłady, pobudowane stosunkowo niedawno, jak Tworki, Kochanówka, Kobierzyn, które po kilkunastu latach ich istnienia zaciska pierścień gęsto zaludnionych osiedli. Sądziłbym, że w miejscowościach, odleglejszych od wielkich miast, gdzie ziemia jest tańsza, należałoby dążyć do pozyskania nawet większego obszaru, który przyda się zakładowi dla celów rol-

niczych. Jedynie w razie wyjątkowych trudności możnaby się zgodzić na pewną redukcję naszych żądań terenowych.

Typowy wojewódzki zakład psychjatryczny. obliczony na ± 800 chorych powinien zatem mieć do dyspozycji conajmniej 200—250 ha. ziemi.

O tem, że teren powinien być suchy, jak również o tem, że zakład należy budować nie zbyt daleko od stacji kolejowej i nie zbyt daleko od ogniska kultury i oświaty rozpisywać się nie potrzebuje. Przed przystąpieniem do budowy należy przeprowadzić badania, któreby stwierdziły, że na wybranym terenie znajduje się źródło, któreby dostarczało zakładowi odpowiadającą jego potrzebom ilość dobrej wody oraz zbadać, czy teren wybrany pod budowę posiada dane dla odprowadzenia kanalizacji. Każdy, kto się choć raz zetknął ze sprawą kanalizowania zakładu, wie jak olbrzymie koszta może pociągnąć za sobą konieczność przepompowywania ścieków przy niedostatecznych spadkach lub konieczność budowania specjalnych oczyszczalni, jeśli niema możności takiego odprowadzenia ścieków, któreby nie zanieczyszczało wód pobliskich osiedli.

Jednem z zagadnień technicznych o charakterze ogólnym. które nastręcza wątpliwości, jest sprawa wyboru systemu ogrzewania zakładu.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że centralne ogrzewanie całego zakładu z jednego paleniska(t. zw. Fernheizung) jest urządzeniem najwięcej ekonomicznem w eksploatacji i najlepiej odpowiada wymogom higieny i postulatowi utrzymania porządku w zakładzie,

Z punktu widzenia technicznego najwłaściwszem byłoby centralne wytwarzanie pary, która w pawilonach i innych budynkach mieszkalnych nagrzewałaby miejscowe systemy ogrzewania wodnego. Takie lub inne scentralizowanie źródeł wytwarzania ciepła ma jednak pewne strony ujemne, na które skarżą się nieraz dyrektorzy zakładów, posiadających ogrzewanie na odległość. Przedewszystkiem wzgląd na znaczne koszta rur i kanałów, które je rozprowadzają oraz wzgląd na straty cieplika po drodze przy dłuższych rurociągach pociąga za sobą potrzebę nadmiernego skupienia budynków, którego wolelibyśmy nieraz uniknąć.

Konieczność pozyskania odpowiednich spadków dla rur kondensacyjnych pociąga za sobą znów nie zawsze pożądane i kosztowne podnoszenie poziomu budynków mieszkalnych albo zagłębianie w ziemię kotłowni centralnej.

W razie uszkodzenia części rurociągu chorzy marzną we wszystkich pawilonach, zasilanych wspólną rurą. W razie uszkodzenia

kotłowni centralnej lub w przypadku zahamowania dowozu paliwa z powodu przeszkód ze strony sił wyższych (przypomnę zeszłoroczną zimę) musi marznąć cały zakład.

Całkowite scentralizowanie źródeł ciepła utrudnia w dużej mierze ogrzewanie zakładu, gdyby zaszła potrzeba ograniczenia zużycia paliwa i chwilowego skoncentrowania słabszych chorych, mniej wytrzymałych na zimno.

Ogrzewananie centralne całego zakładu nie nasuwa konieczności rozwożenia węgla do pawilonów, ponieważ ani kuchnie oddziałowe ani łazienki nie mogą korzystać z cieplika ogrzewania centralnego.

Wielu ujemnych stron ogrzewania scentralizowanego nie posiada ogrzewanie centralne lokalne, jest ono jednak kosztowniejsze, wymaga liczniejszego personelu do obsługi i rozprasza gospodarkę węglową, Przy ogrzewaniu lokalnem trzeba urządzić nie jedną, ale szereg kotłowni, zanieczyszczanie zakładu węglem i dymem nieda się wtedy zogniskować w jednem miejscu.

Typowy wojewódzki zakład psychjatrycznych powinien posiadać możność przyjmowania chorych obojga płci i wszelkich kategorji.

Ze wszystkich możliwych zasad podziału psychicznie chorych w zakładzie najistotniejszemi przy rozplanowaniu zabudowań zakładu będą zawsze względy, dotyczące stopnia socjalności chorych. Względy te wysuwają się przy segregacji psychicznie chorych tak dalece na pierwszy plan, że nawet w tych przypadkach, kiedy ogólno lekarskie względy wskazywałyby na potrzebę izolowania pewnych chorych (np. w przypadkach gruźlicy, jaglicy, niektórych udzielających się chorób skórnych i t. p,) bywamy nieraz zniewoleni do pozostawiania chorych, dotkniętych takiemi cierpieniami, na oddziałach, odpowiadających stanowi ich przytomności i socjalności.

Płynie stąd bardzo ważne wskazanie: na każdym oddziale zakładu psychjatrycznego powinniśmy przewidywać potrzebę czasowego izolowania chorych, dotkniętych jedną z mniej groźnych postaci chorób zakaźnych lub podejrzanych co do możliwości przenoszenia zarazy.

Wojewódzki zakład psychjatryczny całkowicie wykończony w swej budowie powinien posiadać następujące oddziały:

1, oddział obserwacyjny dla chorych nowoprzybywających,
2, oddział obserwacyjny dla chorych dawniej przyjętych, którzy wymagają stałego i ścisłego dozoru,
3, oddział dla chorych niespokojnych.

4. oddział dla chorych hałaśliwych t. zw. półspokojnych.
5. oddział dla chorych spokojnych zamknięty, na którym pozostawaliby chorzy nadający się do pracy pod dozorem,
6. oddział dla chorych spokojnych otwarty; chorzy z tego oddziału mieliby możność swobodnego poruszania się po całem terenie zakładowym.
7. oddział infirmeryjny dla chorych słabych, przeważnie obłożnie chorych.
8. oddział dla chorych zakaźnych,
9. oddział dla chorych niebezpiecznych, mających skłonności kryminalne, dobrze izolowany od innych oddziałów i dający możliwie najlepsze gwarancje co do utrudnienia ucieczki. Oddział ten byłby zarazem oddziałem obserwacji sądowej.
10. Oddzial dla dzieci do lat 14 — 15 ze szkółką, salą zajęć i ćwiczeń cielesnych.

Oprócz tych oddziałów, które powinien by posiadać każdy wojewódzki zakład psychjatryczny pożądanem byłyby jeszcze:

11. pawilon pensjonarski, dla chorych opłacających wyższą taksę i mających wyższe wymagania kulturalne.
12. pawilon dla przypadków pogranicza, dla t. zw. nerwowo chorych.

Przy zasadniczym podziale zakładu na części męską i żeńską byłoby nie tylko możliwe ale nawet pożądane skumulowanie chorych obojga płci pod jednym dachem na oddziałach infirmeryjnych, zakaźnych i w oddziale dla dzieci.

Pawilony dla tych kategorji pacjentów mogą być wspólne dla chorych obojga płci.

Wszystkie pozostałe oddziały muszą być urządzone osobno dla każdej płci, z wyjątkiem pawilonu dla niebezpiecznych chorych kryminalnych, którego po stronie żeńskiej może nie być wcale,

Co dotyczy rozmieszczenia oddziałów, to najprostszy sposób znaleźlibyśmy w systemie pawilonowym, przy którym oddział mieściłby się w osobnym budynku. Tak daleko posunięty system pawilonowy posiada jednak cały szereg stron ujemnych.

Przedewszystkiem jest on bardzo kosztowny, ponieważ wymagałby budowania dwudziestu kilku stosunkowo małych domków.

System małych pawilonów utrudnia pracę lekarzy i personelu pielęgniarskiego, wymaga bardzo licznej obsługi, utrudnia w pewnej

mierze tak często w zakładzie stosowane przenoszenie chorych z jednego oddziału na drugi.

Bez porównania tańszy i dogodniejszy pod względem administracyjnym system blokowy kryje w sobie znów inne strony ujemne. W dużych blokach chorzy mniej spokojni mogą przeszkadzać chorym spokojnym i poszukującym ciszy. Także i dobre oświetlenie sal światłem słonecznem i zapewnienie salom należytego dopływu światła sprawia trudności w dużych blokach.

Sądzę, że dla naszych stosunków, kiedy idzie o potrzebę oszczędnego gospodarowania funduszami inwestycyjnymi, wskazane byłoby pójść po linji kompromisu pomiędzy systemem pawilonowym i blokowym.

Rozumiem ten kompromis w ten sposób, że dążyłbym do kumulowania oddziałów pokrewnych pod jednym dachem i w jednym budynku. Oddziały obserwacyjne dla chorych nowoprzybyłych i dla chorych dawniejszych dałyby się ulokować razem w jednym budynku piętrowym. Z pewnemi trudnościami dałoby się skumulować oddziały dla chorych niespokojnych i półspokojnych w budynku parterowym. Bez żadnych trudności dałyby się połączyć w jednym pawilonie piętrowym oddziały chorych spokojnych: zamknięty i otwarty. Oddziały infekcyjne, których zakład może potrzebować wyjątkowo na okres epidemji, dałyby się połączyć z oddziałami infirmeryjnymi — jako dające się izolować w razie potrzeby skrzydła.

Oddzielnych budynków potrzebowałyby tylko oddział pensjonarski, oddział chorych niebezpiecznych i oddział dla przypadków pogranicza.

Przy takiem skumulowaniu oddziałów całość pomieszczeń, przeznaczonych dla chorych, obejmowałaby 13 budynków, a mianowicie: 2 budynki wspólne dla chorych obojga płci i 11 budynków dla chorych jednej płci (6 dla mężczyzn i 5 dla kobiet). Poza kilkoma budynkami mniejszymi (pawilon chorych niebezpiecznych, pensjonarski, pawilon dla dzieci) większość mieściłaby od 70 do 100 łóżek. Odpowiadałoby to mniej więcej liczbie chorych, przypadających w zakładzie na jednego lekarza.

Budynek administracyjny powinien posiadać kilka pomieszczeń zapasowych dla tych działów pracy, które mogą się rozwinąć w przyszłości. O zabudowaniach gospodarczych (kuchni, pralni, maszynowni), folwarcznych, o prosektorjum, o domu rozrywek i domach mieszkalnych dla lekarzy, urzędników i innych funkcjonarjuszy zakładu trudno rozpisywać się w krótkim referacie zjazdowym.

Rozplanowanie tego wielkiego kompleksu zabudowań, jakie wchodzą w skład zakładu psychjatrycznego, musi być pozostawione indywidualnej inwencji tych, którzy przystąpią do opracowania konkretnych projektów, a więc lekarzowi, który będzie do tego powołany, w porozumieniu z architektem, któremu to zadanie będzie powierzone.

Oto najważniejsze zagadnienia, z jakiemi mamy do czynienia przy układaniu programu budowy zakładów psychjatrycznych w Polsce. Pragnąłbym by sposoby rozwiązania tych zagadnień, jakie tu przedstawiam, wywołały ożywioną dyskusję kolegów. Dyskusja taka może przyczynić się bardzo korzystnie do wyświetlenia punktów spornych, może też wskazać błędy, których należałoby uniknąć.

Sądzę, że dyskusja nad temi zagadnieniami stanie się ciekawszą i będzie więcej celową, jeśli połączymy ją z krytycznem omówieniem konkretnie opracowanych planów tych trzech zakładów, które mają powstać w najbliższej przyszłości.

Panowie inżynierowie, którzy opracowują plany zakładu w Gostyninie i Choroszczy obiecali mi, że udzielą mi odbitek opracowanych już planów do zademonstrowania ich na Zjeździe, plany zakładu w Chełmie będzie mógł zademonstrować kol. *Fuhrman*.

(Z Kliniki Psychjatrycznej U. W., dyrektor: prof. dr. *J. Mazurkiewicz*, i z Kliniki Chorób Nerwowych U. W. dyrektor: prof. dr. *K. Orzechowski*).

O PSYCHOZACH OBJAWOWYCH WYWOŁANYCH PRZEWLEKŁEM ZAPALENIEM OPON POCHODZENIA PRAWDOPODOBNIE GRUŹLICZEGO.

podał

FRANCISZEK WICHERT.

Psychozom objawowym wogóle, a w szczególności psychozom przy schorzeniach mózgu, klinika psychjatryczna udziela niewiele miejsca w swych zainteresowaniach, może znacznie mniej, niż należałoby. *Kraepelin* wydziela z psychjatrji te schorzenia, przy których zaburzenia psychiczne w przeciwstawieniu do cielesnych objawów chorobowych ustępują na dalszy plan i zalicza je do patologji mózgu. *Bleuler* uważa przypadki te za przędstawiające małe znaczenie dla psychjatrji. *Kleist, Bonhöffer, Sterz, Bumke,* zajmując się postaciami reakcyjnemi zewnątrzpochodnemi, omawiają nieco bliżej tego rodzaju przypadki, jednak przeważnie z punktu widzenia teoretycznego, sposobu ich powstawania i stanowiska, jakie zajmują w klasyfikacji chorób psychicznych.

Symptomatologji tego rodzaju schorzeń podręczniki psychjatrji poświęcają zazwyczaj bardzo mało miejsca, a rozpoznanie przeważnie opiera się na właściwych im objawach cielesnych internistycznych i neurologicznych. Pod względem rozpoznawczym w większości psychoz objawowych takie ich traktowanie jest niewątpliwie słuszne oraz praktycznie celowe i wystarczające, jednak w odniesieniu do niektórych np. do psychoz, wywołanych przez zapalenie opon, a w szczególności przez gruźlicze zapalenie opon często zawodzi. Gruźlicze zapalenie opon, szczególnie u dorosłych, należy do najtrudniej rozpoznawalnych chorób, mało jest schorzeń w klinice psychjatrycznej,

któreby nastręczały tyle trudności przy rozpoznawaniu i prowadziły do tylu błędów rozpoznawczych, jak wyżej wspomniane schorzenie. *Banuelos* podaje, że rozpoznanie w 1/10 przypadków zaledwie jest trafne, a to z tego powodu, że u dorosłych za mało się o tym myśli, że opisują meningitis tbc. przeważnie u dzieci, że zarówno chorzy jak i lekarze są przeciwnikami nakłucia lędźwiowego. Jednak i przy skrupulatnem klinicznem i laboratoryjnem badaniu, jak to opisuje *Pelnar*, rozpoznanie było błędnie postawione, gdyż gruźlicze zapalenie opon było rozpoznawane tam, gdzie go nie było, a w przypadkach gruźliczego zapalenia opon była rozpoznawana inna choroba. Do powstawania błędów rozpoznawczych przyczynia się również z jednej strony częsty brak objawów oponowych, względnie bardzo późne ich występowanie, a z drugiej strony zjawienie się objawów oponowych w przebiegu różnych infekcji i zatruć, co może łatwo mącić obraz rzeczywiście istniejącej choroby *(Causabon)*. W warszawskiej klinice psychjatrycznej w ostatnich latach mieliśmy w obserwacji cztery przypadki, które klinicznie były rozpoznawane, jako psychosis puerperalis, ostra psychoza na tle organicznem, delirjum, schizophrenia. Nawet sekcja, dokonana przez kolegów-asystentów Zakładu Anatomji Patologicznej U. W., nie we wszystkich powyższych przypadkach mogła sprawę rozstrzygnąć; dopiero badanie mikroskopowe wykazało, że w tych przypadkach mamy do czynienia z rozlanem zapaleniem opon pochodzenia prawdopodobnie gruźliczego. Ponieważ przypadki te nie wykazały żadnych charakterystycznych objawów oponowych, a na pierwszy plan występowały w nich objawy psychiczne, które dominowały w obrazie chorobowym przez cały czas trwania choroby, i przez to doprowadzały do błędnego rozpoznania; ponieważ w literaturze istnieje cały szereg publikacji, traktujących o gruźliczem zapaleniu opon, przebiegającem bez wyraźnych objawów oponowych, i przez to powodującem błędne rozpoznanie; ponieważ przypadki tego rodzaju właśnie z powodu braku lub bardzo dyskretnych a przez to łatwo ulegających przeoczeniu objawów cielesnych, a wyraźnych objawów psychicznych, dostają się do zakładów psychjatrycznych i tam muszą być traktowane—sprawa właściwego ich rozpoznania i traktowania ze stanowiska kliniki psychjatrycznej posiada doniosłe znaczenie i przypadki te zasługują na bliższe ich rozpatrzenie. Aby mieć większy materjał dla porównania i zestawienia dołączam, korzystając z uprzejmej propozycji prof. Orzechowskiego, 5 przypadków gruźliczego zapalenia opon, obserwowanych w klinice chorób nerwowych U. W., w tej liczbie znajduje się jeden przypadek, który na kilka miesięcy przed zapisaniem się

do kliniki chorób nerwowych został wypisany z kliniki psychjatrycznej z rozpoznaniem schizophrenji, oraz jeden przypadek uprzejmie odstąpiony przez p. d-ra Pręgowskiego, obserwowany na jego oddziale w szpitalu Jana Bożego. Na materjał przeto niniejszej pracy składa się 10 przypadków zapalenia opon, z których w kilku charakter gruźliczy jest niewątpliwy, w innych tylko prawdopodobny. Wszystkie przypadki zostały zbadane histologicznie, ale przypadki te pochodzą z różnych zakładów i były opracowywane nie w jednym czasie, tak że niema jednolitości w ich opracowaniu zarówno pod względem klinicznym jak i histopatologicznym. W sposobie opracowania każdego poszczególnego przypadku znalazły odbicie te zainteresowania, które dominowały u osoby zajmującej się niemi w danym czasie. Z tego powodu istnieją w przedstawieniu ich pewne luki, których przy ostatecznym opracowaniu wypełnić już nie było możności.

Przypadek I. Z. K. l. 28. przybyła 17. IX. 1922 r. zm. 9. III. 1923 r.

Przywieziona przez męża. W rodzinie chorób psychicznych nie było. Matka zmarła w podróży do Rosji, ojciec zmarł dawno, mąż nie znał go, miał podobno guz na szyji „Bożą wolę". Chora ma 3 braci i 1 siostrę—zdrowi, jeden z braci w Ameryce. Za mąż wyszła 7 lat temu. Ma 2 dzieci, najmłodsze ma 1 miesiąc, starsze $1^1/_2$ roku. Od kwietnia do sierpnia tego roku leczyła się w szpitalu w Białymstoku na malarję, wyleczyła się. Obecna choroba zaczęła się tydzień temu. Przestraszyła się napadu bandytów w nocy. Stróżka domu, w którym mieszkali, utrzymywała 2 „panienki", jedna z nich ubliżyła chorej. Mąż miał jechać do rodziny, żona wstrzymała go, w nocy zobaczyła tę panienkę i 3 ludzi. Mąż chwycił siekierę, wtedy ci uciekli. Od tego czasu chora ciągle krzyczy na stróżkę, żeby ją wyrzucić. Poradzono mężowi, żeby żonę wywiózł do rodziny na wieś. Pojechali, ale nie mogli dojechać, bo chora w drodze krzyczała, śpiewała bez przerwy mówiła. Agresywna nie jest, dziecko cały czas karmi, pamięta o nim. Przed chorobą dobrze zajmowała się domem, czasem była nerwowa, grymasiła.

Stan psychiczny. Chora przez cały czas podniecona ruchowo, giestykuluje, uderza ręką w stół, śpiewa, przeskakuje z tematu na temat.

„A mnie tak na duszy nastraszyli, oj mój Boże. Bracia powieszeni, ci bandyci niewinni, ponieważ jestem mała, jak moje małe dziecko, które tu piersi ssało. Jak te dwie macochy pokutują, za Bazyla niech pokutują. Biłam się z Filipem, on jest trochę krewny, o tu mnie zranił". Dalej mówi o żydzie, o kowalu, co siedzi na gospodarstwie. „Powieszą do góry nogami". (Jak się nazywa?) kamień je, (Imię?) Zofja, (Nazywa się?) Mał..., mówię, żeby dopuścili do doktora, a Zakrzewski wie wszystko, ale nie głupia Mańka, Hanka. (Co to za dom?) „Przez okno wyrzucili i do głowy nałożyli wszy". Jest obecnie w Warszawie, dawniej była w Skierniewicach. „Ona wstała do drugiego dziecka, ale nie ten oficer od muzykantów". Ojciec nie żyje, kilka lat temu umarł, ojciec ojca pił i koty rwał. (Ile p. ma dzieci?) „nigdy, p. ma męża, nigdy nie daruję". (Chora nie zwraca uwagi na otoczenie, na pytania nie odpowiada, mówi bez przerwy, śpiewa). „U mnie dzieci są, Ignacy wszystko kręci, ale będzie inaczej. A czego ten biedny umarł, niech zasieje moje pole żytem, a ja muszę pokutować za to. Dzisiaj jest Kasia, malowali się i będą za to musieli odpowiadać". Najstarsze dziecko będzie miało 2 lata w listopadzie, nazywa się Wa-

lerja. Głosów nie słyszy. Z chorą nie można wejść w kontrakt, podniecona, mówi bez przerwy. Wyraża cały szereg urojeń prześladowczych wobec swych znajomych i krewnych. Choruje i zginie przez złych ludzi.

Stan fizyczny. Budowa prawidłowa, leptosomiczna, odżywianie liche, skóra śniada. Pierś lewa mniejsza od prawej, z ostatniej wydobywa się pokarm. Granice płuc prawidłowe, ruchome, wypuk jawny płucny, wdech i wydech w obu szczytach zaostrzony. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste, t. 72, miarowe, miernie napięte. Na brzuchu liczne rozstępy poporodowe. Wątroba i śledziona nie macalne. Owłosienie skąpe, ad pubem — typ kobiecy. Odruchy w granicach prawidłowych, może ścięgnowe nieco wzmożone. Źrenice równe na światło reagują bardzo powoli.

22. IX. Silnie podniecona, bezład.

19. X. Mówi bez przerwy, podniecona, w nocy bardzo źle sypia, płacze, prosi o pomoc.

31. X. Od paru dni spokojniejsza, sypia w nocy, w dzień podniecona jednak przewraca pościel na łóżku, nie odpowiada na pytania. Jada sama, nie zanieczyszcza się.

4. XI. Chora sama z dołu przyszła do gabinetu, kładzie się na stół do badania, rozbiera się.

9. I. 23. Na pytanie co słychać, nic nie odpowiada, wyciąga lewą rękę i wykonywa cały szereg ruchów palcami.

21. I. Podniecona, śpiewa, krzyczy, wybiega z łóżka, na pytania nie odpowiada.

18. II. Badanie moczu: Barwa słomkowożółta, przezroczysty, oddziaływanie kwaśne, c. wł. 1020, białko —0, cukier —0, w osadzie moczany.

26. II. Od paru dni spokojniejsza, leży w łóżku, dziś wystąpiły wymioty żółtemi masami.

28. II. Zatyka uszy chlebem, na pytania nie odpowiada.

3. III. Wczoraj wieczorem t. 38,8, dziś rano 37,0 jęczy, stęka, na pytania nie odpowiada, tętno słabo napięte. Bronchopneumonia po stronie prawej. Świsty, furczenia, chwilami rzężenia w dolnym płacie płuca lewego. Zaostrzenie szmerów w płacie górnym lewym. t. 110.

8. III. Płuca bez zmian, t. 120, słabo napięte.

9. III. W lewem płucu na całej przestrzeni przytłumienie, szmery zaostrzone, liczne drobnobańkowe i grubobańkowe rzężenia, facies hypocratica, tętno ledwo wyczuwalne, nie dające się zliczyć, opistotonus. Zmarła.

Rozpozn. klin: Amentia poporodowa z odcieniem paranoidalnym. Tbc. pulmonum.

Sekcja. Hyperaemia meningum. Meningitis fibrosa basilaris. Concretiones pleurarum. Tbc. miliaris pulmonum et renum. Degeneratio parenchymatosa organorum. Aorta angusta.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone, całe opony i ścianki naczyń, w szczególności żył, wypełnione komórkami okrągłemi z ciemnemi jądrami, przeważają komórki z jądrami okrągłemi bez rąbka protoplazmy na obwodzie, spotykamy również w znacznie mniejszej ilości komórki z jądrami o kształcie nieprawidłowym, w których protoplazma jest prawie niewidoczna, miejscami w znacznej ilości komórki duże z jądrem okrągłym lub nieco owalnym, których protoplazma ma wygląd homogenny, barwy nieco ciemniejszej na obwodzie, niż w części przyjądrowej, w całości pierwoszcze jaśniejsze, niż jądro; komórki te zawierają często w protoplazmie obok jądra mniejsze lub większe ilości substancji. barwiącej się ciemniej, niż zawierająca je protoplazma. Gdzieniegdzie spotyka się

komórki o jądrze ciemnym, przypominającym rysunkiem swym koło ze szprychami z protoplazmą też nieco ciemną, jednak jaśniejszą od jądra, zawierającą często wodniczki, na preparatach według Unna-Pappenheim'a protoplazma ich zabarwiona jest żywo czerwono. W niektórych miejscach w oponach ilość komórek jest mniejsza w tych miejscach przeważają komórki o jądrach podłużnych lub owalnych i widocznie są włókna, które na preparatach van Giesona są zabarwione na różowo.

Powierzchnia mózgu nierówna, szczególniej w okolicy bruzd, widać nacieki oponowe, wgłębiające się w I-szą warstwę, w paru miejscach widoczne są lejki oponowe nacieczone. Poprzecznie przecięte naczynia w tkance mózgowej niektóre nacieczone, spotykamy jednak naczynia bez nacieków w ściankach. I-sza warstwa miejscami cieńsza, zawiera zwiększoną ilość komórek o jądrach przeważnie ciemnych, kształtu okrągłego, podłużnego lub nieprawidłowego. Komórki o jądrach bledszych zawierają mniejsze lub większe rąbki protoplazmy o granicach nieostro odcinających się od otoczenia. Spotykamy miejsca gęstszego skupienia komórek, w których przeważają komórki o jądrach podłużnyoh, często zgiętych pałąkowato, czasem grubszych z jednego końca, trójkątnych o podłużonych kątach, jądra te są blade, a komórki zawierają protoplazmę na swych biegunach w postaci wypustek nieostro odgraniczających się od otoczenia. Poza opisanemi skupieniami znajdujemy komórki podłużne z zaznaczonemi wypustkami na biegunach w mniejszej lub większej ilości lub pojedyńczo wszędzie w I-ej warstwie kory. Zwiększona ilość komórek glejowych w I-ej warstwie kory widoczna jest wszędzie, w części jej, sąsiadującej z II-gą warstwą widać skupienia ich po kilka komórek, tworzące kobierce glejowe.

Komórki nerwowe we wszystkich warstwach kory jednakowo zmienione, ciemne, ziarnistość Nissla w postaci pyłku, jądro nieco jaśniejsze od protoplazmy, jednak ciemne, wypustki komórek czasem pokręcone, komórki wyraźnie odgraniczone od otoczenia, ale otoczka jądra niewyraźna. Widać cienie komórek, dużo satelitów, szczególnie w dolnych warstwach, luki we wszystkich warstwach.

Na preparatach Cajal-Hortegi w I-ej warstwie i częściowo w II-ej spora ilość komórek Hortegi z wypustkami nieco zgrubiałemi i ze zmniejszoną ilością kolców. W komórkach nerwowych mierna ilość tłuszczu. Preparaty Spielmeyera bez zmian szczególnych. Fragmentaryzacja włókienek wewnątrzkomórkowych (Fajersztajn-Bielschowsky).

Zwój środkowy przedni. Opony zgrubiałe, naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, ścianki naczyń, szczególnie żylnych, a w mniejszym stopniu tętniczych przepojonej komórkami przeważnie okrągłemi z ciemnemi jądrami, z wązkim rąbkiem protoplazmy, rzadziej komórki z dużą ilością protoplazmy o wyglądzie homogennym, jednak ciemniejszej na obwodzie, niż w części przyjądrowej. Spotykamy również komórki plazmatyczne. W niektórych miejscach jest mniej komórek nacieczeniowych natomiast dużo włókien. W korze pod małem powiększeniem widać luki znaczne w IV-ej, V-ej i VI-ej warstwie, mniejsze w III-ej; I-a warstwa zawiera bardzo znaczną ilość komórek drobnych, które pod większem powiększeniem różniczkują się na dwa rodzaje; do jednego można zaliczyć większość tych komórek, których jądra mają kształt nieprawidłowy, zniekształconego owalu, trójkątne, pałeczkowate, są ciemne o drobnej ziarnistości i grupują się przeważnie bliżej brzegu kory; drugi rodzaj mniej liczny stanowią komórki o jądrach okrągłych lub owalnych o rysunku więcej prawidłowym, o ziarnistości mniej drobnej jaśniejsze od poprzednich, często widać w nich rąbki naokoło protoplazmy. W dalszych warstwach kory komórki nerwowe wszędzie zmienione, o ziarnistośc Nissla irozpylonej, o jądrach w nich ciemniejszych, przemieszczonych ku obwodowi, niektóre komórki są bardzo blade, miejs-

cami o daleko widocznych wypustkach; niektóre komórki Betza nieco lepiej zachowane, z częściowo zachowaną częściowo rozpadającą się ziarnistością Nissla, jądro przemieszczone ku obwodowi, duże złogi tłuszczu. Wszędzie dużo satelitów, szczególniej w dolnych warstwach kory widać duże skupienie komórek glejowych w postaci kobierców glejowych, dużo cieni komórek nerwowych. Tłuszcz w komórkach nerwowych, glejowych i w naczyniach. Brak włókienek wewnątrzkomórkowych. Włókna tangencjalne zachowane.

Zwój środkowy tylny. Nacieki w oponach, składające się z komórek okrągłych przeważnie z jądrami okrągłemi, ciemnemi, bez widocznej protoplazmy, liczne komórki, z jądrem pęcherzykowatem okrągłem z widoczną protoplazmą kształtu okrągłego, zawierającą czasem porcje substancji ciemnozabarwionej. Miejscemi komórek nacieczeniowych jest mniej, w tych miejscach widać komórki o jądrach podłużnych a na preparatach van Giesona widoczna jest znaczna ilość włókien, barwiących się na różowo. Nacieczone są całe ścianki naczyń przeważnie żylnych, w naczyniach tętniczych nacieki są znacznie mniejsze lub wcale ich niema. Rysunek kory jest nieco zatarty, luki w warstwach III-ej i V-ej. W warstwie I-ej dużo komórek o jądrach podłużnych lub o rysunku nieprawidłowym (trójkątne, powyginane, zgięte pałąkowato), o rozgałęzionych wypustkach bladych, widocznych nawet na preparatach Nissla. Poczynając od III-ej warstwy wgłąb widać znaczny rozrost gleju w postaci zwiększonej ilości komórek glejowych często tworzących satelity komórek nerwowych i kobierce glejowe. Komórki glejowe we wszystkich warstwach ciemne, o jądrach ciemnych ekscentrycznie ułożonych, niewyraźnie odcinających się od protoplazmy ziarnistość Nissla rozpylona, czasem widać komórki blade, w III-ej i V-ej warstwach— cienie komórek.

Płat skroniowy lewy. Opony zgrubiałe, nacieczone, nacieki przeważnie drobno komórkowe, przylegające do tkanki mózgowej, ścianki żył przepojone naciekami, tętnice wolne od nacieku; naciek składa się z komórek o jądrach okrągłych (limfocyty), spotyka się makrofagi i komórki plazmatyczne, a w bardzo małej ilości leukocyty; powierzchnia mózgu nierówna, wgłębienie napełnione naciekiem. Luki w III-ej i w V-ej warstwie. Zmiany w komórkach nerwowych jak w innych okolicach. W I-ej warstwie zwiększona ilość komórek o jądrach okrągłych lub nieprawidłowych czasem widoczne wypustki niektórych komórek. Nacieków w korze brak.

Regio calcarina. Nacieki w oponach wybitne, o obrazie takim jak i w poprzednio opisanych okolicach, z przewagą wyraźną limfocytów, z dużą ilością makrofagów, naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, ścianki żył przepojone komórkami nacieczeniowemi w całości, ścianki tętnic przeważnie wolne od nacieków. Obraz podobny jak w innych okolicach z tą tylko różnicą, że widać sporo nacieków naokoło naczyń.

Móżdżek. Nacieki takie, jak w innych okolicach opon kory, z nacieczonemi przeważnie żyłami, ze ściankami tętnic wolnemi od nacieków, a przewagą limfocytów w naciekach, ze sporą ilością makrofagów. Spotykamy również miejsca w których ilość komórek nacieczeniowych jest znacznie zmiejszona, widoczne tu komórki podłużne, znacznie bledsze, znacznie rzadziej ułożone, na preparatach van Giesona w tych miejscach widać duże ilości włókien, barwiących się na różowo, a oprócz tego, na tychże preparatach van Giesona widać skupienia substancji, barwiącej się na czarno, która w postaci bezkształtnych, homogennych mas przylega od wewnątrz do ścianek naczyń, rzadziej widoczna jest w postaci takich samych mas, przylegających od zewnątrz do ścianek naczyń, a gdzieniegdzie w tkance opon widać skupienie grudek rozmaitego kształtu i wielkości o wyglądzie przeważnie nieprawidło-

wym, również zabarwione intensywnie na czarno (kalkartige Stoffen). W warstwie drobinowej w korze móżdżku w niektórych miejscach widoczne są naczynia włosowate, wypełnione substancją, barwiącą się w podobny sposób hematoksyliną intensywnie na czarno

Pozatem w móżdżku widać wypadnięcie komórek Purkinje'go oraz zwiększenie ilości komórek glejowych w warstwie drobinowej, widać również w tejże warstwie komórki Hortegi.

Robak. Nacieki znacznie większe i grubsze, niż w korze półkul mózgu i móżdżku. Charakter ich jest taki sam jak tamtych, z tą tylko różnicą, że rozrost włókien jest w nich znaczniejszy, co widać na preparatach van Giesona, gdzie ilość włókien, barwiących się na różowo jest znacznie większa, podczas gdy na preparatach Nissla dość rozległe okolice pozostają niezabarwione. Na preparatach van Giesona widać również jak i w półkulach sporą ilość substancji, barwiących się hematoksyliną intensywnie na czarno; substancje te przylegają do naczyń od strony wewnętrznej lub też znajdują się w tkance opon. Ilość komórek Purkinje'go miejscami znacznie zmniejszona. Miejscami w warstwie ziarnistej spotkano parę nacieków naokoło naczyń.

Most. Opony zmienione podobnie, jak w innych okolicach. Widać kilka lejków oponowych, wgłębiających się w tkankę nerwową, otoczonych naciekiem, składającym się z komórek jednojądrzastych. W kilku miejscach naokoło naczyń na dość dużej przestrzeni widoczne są liczne komórki Hortegi o kształtach jąder przeważnie podłużnych, często nieprawidłowych, czasem okrągłych, z widocznemi spęczniałemi wypustkami, ze wzmożoną ilością protoplazmy okołojądrowej, wypustki czasem są rozgałęzione, przeważnie jednak komórki mają kształt dwubiegunowy, wypustki często w stadjum rozpadu. Często widoczne są gęstrze skupienia tych komórek w postaci grudek, położonych w pobliżu naczyń. W jednem miejscu środek grudki jest cały zabarwiony ciemno, komórki w tem miejscu mają rysunek zamazany, a na obwodzie widzimy gwiaździsto ułożone komórki Hortegi. Komórki nerwowe w jądrach mostu wszystkie zmienione, ciemno zabarwione, o ciemnem jądrze, niejasno odróżniającem się od protoplazmy, z ziarnistością Nissla rozpyloną. I tutaj również widoczne są liczne komórki Hortegi, miejscami również w postaci skupień. Ilość komórek Hortegi jest większa w pobliżu opon i maleje idąc wgłąb tkanki nerwowej.

Rdzeń przedłużony. Nacieki w oponach o charakterze takim, jak w miejscach wyżej opisanych z tą tylko różnicą, że na dolnej powierzchni rdzenia przedłużonego zajmują część opon, przylegającą do rdzenia, oraz na preparatach przedstawiaja się w postaci wąskich pasków, ułożonych równolegle do powierzchni rdzenia i poprzegradzanych tkanką, składającą się z włókien, w których zrzadka spotykają się komórki tkanki łącznej. Opona w tych miejscach składa się przeważnie z owej tkanki włóknistej, której szerokość na przekroju w pewnych miejscach jest 3 do 6-iokrotnie większa od szerokości nacieków. W tkance nerwowej również spotykają się nacieki naokoło naczyń, składające się z limfocytów. Na obwodzie rdzenia przedłużonego zarówno w części jego dolnej, jak i górnej, spotykają się podobnie jak w moście skupienia komórek Hortegi, często stojące w związku z naczyniami, skupienia te są rozleglejsze na górnej powierzchni rdzenia przedłużonego. W odróżnieniu od mostu w komórkach Hortegi na preparatach Nissla nie jest tu widoczna protoplazma, czasem tylko widać niejasne zarysy ich wypustek. Komórki nerwowe przeważnie wszystkie zmienione, są przeważnie blade, z jadrami jednakowej barwy z protoplazmą, z rozpadem ziarnistości Nissla. W wielu komórkach nerwowych na preparatach Herxheimera widać dużo tłuszczu. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowskiego nie widać włókienek wewnątrzkomórkowych.

Jądra podstawy. W ścianie III-ej komory pod powierzchnią jej widać szereg drobnych nacieków okołonaczyniowych, składających się z komórek okrągłych. Duży naciek w związku z większem naczyniem widoczny jest w łupinie, słada się przeważnie z komórek drobnych głównie limfocytów, w znacznie mniejszej ilości spotykamy w tym nacieku komórki plazmatyczne i makrofagi; oprócz tego, w łupinie jest kilka drobnych nacieków również w związku z naczyniami. Komórki nerwowe w kuli bladej, łupinie, jądrze ogoniastym i jądrach w ścianie III-ej komory przeważnie wszystkie zmienione, jądra ich ciemne, czasem pomarszczone, protoplazma o budowie często piankowej z rozpadłemi ziarenkami Nissla, często z odcieniem żółtawym. Wszędzie widoczny jest znaczny rozrost gleju, dużo satelitów, spotykamy często komórki Hortegi, a przy wspomianym już wyżej dużym nacieku w łupinie, widzimy większe ilości komórek Hortegi, w jednym miejscu w tej okolicy ich skupienie jest szczególnie gęste. Splot naczyniasty, poza jednym miejscem, przylegającym do ściany III-ej komory, gdzie widać naciek drobnokomórkowy, zmian nie wykazuje.

Pod względem klinicznym przypadek powyższy ze względu na dezorjentację, splątanie myśli i bezład ruchowy był oceniany jako stan amentywny, w którego obrazie pewne miejsce zajmowały momenty paranoidalne o charakterze prześladowczym, szczególnie wyraźne na początku rozwoju psychozy, przykryte w dalszym przebiegu choroby przez podniecenie potęgujące się stale i przez zamroczenie świadomości daleko posunięte. Ze względu na odbyty na miesiąc przed wybuchem choroby poród i okres laktacji zatrzymano się przy rozpoznaniu psychozy poporodowej.

Badanie sekcyjne tego przypadku stwierdziło: meningitis fibrosa basilaris, hyperaemia meningum, tbc. miliaris pulmonum et renum.

Przy badaniu pod mikroskopem stwierdzono w oponach wszędzie ich stan zapalny w postaci nacieków, składających się przeważnie z limfocytów, a w mniejszej ilości komórek plazmatycznych i makrofagów. Oprócz tego stwierdzono mniejsze lub większe nacieki i w tkance nerwowej, szczególniej duże w łupinie, a mniejsze w ścianie III-ej komory i w móżdżku. Dalej stwierdzono skupienia komórek Hortegi, najwybitniejsze w moście, rdzeniu przedłużonym, mniejsze w płacie czołowym i móżdżku. Wreszcie w móżdżku i robaku znaleziono w niektórych miejscach skupienia złogów wapiennych. Zgrubienie opon na podstawie mózgu, jak widać, było spowodowane rozrostem tkanki łącznaj włóknistej, a na convexitas przeważają nacieki.

Zmiany, znalezione na sekcji i przy badaniu mikroskopowem, stwierdzają zapalenie opon, które, jak to widać z obrazu mikroskopowego, trwało przez dłuższy czas, poprzedzający zejście. Klinicznie poza obraz amencji poporodowej, pomijając zmiany w szczytach płuc, wykraczały tylko dwa objawy zanotowane w historji choroby, ale

niedocenione klinicznie, mianowicie bardzo powolna reakcja źrenic na światło i wymioty. Objawy te wraz z wynikami badania histologicznego zmuszają nas do zmiany klinicznie postawionego rozpoznania i ocenienia tego przypadku jako zapalenia opon, które nie było powikłaniem innej choroby, a więc psychozy poporodowej, jak się przypuszczało podczas obserwacji klinicznej, ale chorobą podstawową, która wywołała psychozę objawową. Za takiem tłumaczeniem przemawiają daleko posunięte zmiany oponowe, duże nacieki wszędzie stwierdzane, i znaczny rozrost tkanki włóknistej, szczególnie na podstawie mózgu, co przemawia za procesem chorobowym już oddawna rozwijającym się. Przebieg kliniczny tego przypadku nie przeczy powyższemu przypuszczeniu, gdyż głębokie zamroczenie świadomości, przez cały czas utrzymujące się aż do końca, bywa często obserwowane przy zapaleniu opon; o ile zapalenie opon w tym przypadku jest niewątpliwe, o tyle określenie rodzaju tego zapalenia pod względem etjologicznym nastręcza duże trudności, a to ze względu na braki w badaniu klinicznem spowodowane takiem dominowaniem w obrazie klinicznym zaburzeń psychicznych, które utrudniały badanie cielesne dokładniejsze i doprowadziły do błędnego rozpoznania klinicznego. Dziwne jest w danym przypadku, że objawy oponowe cielesne nie występowały w przebiegu choroby i dopiero na 10 dni przed zejściem obserwowane były wymioty tylko jeden raz, bez innych objawów oponowych. Przypadków tego rodzaju jednak jest opisanych w literaturze sporo. Znane są abortywne postaci zapalenia opon, przy których nie stwierdza się zespołu kardynalnych objawów, a więc: bólów i zawrotów głowy, wymiotów. sztywność karku i t. d. Z powyższych objawów występują wtedy tylko niektóre, najczęściej ból głowy, zawroty, przeczulica, czasem lekki ślad sztywności karku, czasem jedynym objawem jest tylko ból głowy na razie, dopóki nie wystąpią wyraźne objawy oponowe. *Curschmann* i *Kramer* podają, że takie częściowe występowanie objawów zdarza się w poronnych postaciach nagminnego zapalenia opon podczas epidemji tego cierpienia i kończy się w parę tygodni wyzdrowieniem. *Zylberlast-Zandowa* również wspomina o postaciach nagminnego zapalenia opon, nie osiągających pełnego rozwoju, o postaciach ambulatoryjnych, w których jednak, jak podaje, zdarzają się przypadki nagłej śmierci. Znaczny materjał pod tym względem przedstawiają przypadki gruźliczego zapalenia opon, szczególniej w przypadkach tego cierpienia u dorosłych.

Oppenheim, opisując atypowości w symptomatologji i przebiegu gruźliczego zapalenia opon, podaje, że może ono przebiegać w spo-

sób utajony, albo może być przykryte przez objawy pierwotnego cierpienia.

Temperatury podwyższonej może nie być, jak również sztywności karku, Kerniga i Brudzińskiego. Zaburzenia świadomości mogą nie występować. Choroba może przebiegać pod postacią delirium tremens, albo też zespołu ogniskowego (monoplegja, hemiplegja, afazja, padaczka korowa), jeśli gruźlicze zapalenie opon i mózgu, jest lokalne, a później się szerzy. Wreszcie rzadziej występują postaci chronicznie przebiegające, przy których spotykają się często dłuższe remisje. *Oppenheim* widział przypadek, trwający lata; *Cruchet* obserwował przypadek, w którym remisja trwała 2 lata, podczas gdy przeciętny czas trwania gruźliczego zapalenia opon wynosi według *Oppenheima*: 2—3 tygodnie. *Lotti* opisał przypadek gruźliczego zapalenia opon, który w 10-ym roku życia przebył zapalenie opon, a po 15-tu latach zupełnego zdrowia wystąpiły znowu objawy oponowe o zmiennem natężeniu z przerwami krótszemi, lub dłuższemi. po 3-ch latach stopniowa poprawa, pozostały tylko bóle głowy. W płynie znaleziono cechy gruźliczego zapalenia opon, prątków jednak nie wykryto. Po ustąpieniu napadu płyn wrócił do normy. *Lotti* traktuje ten przypadek jako wielokrotnie nawracające gruźlicze zapalenie opon, a to ze względu na analogję do opisanych przez *Piery* postaci nawracającego gruźliczego zapalenia opłucnej. (względna dobrotliwość brak postępu w rozwoju, skłonność do nawrotów). *Mahon* opisał przypadek gruźliczego zapalenia opon, trwający z przerwami 10 miesięcy, podczas którego to czasu było 6 ciężkich nawrotów stanu gorączkowego, trwających 3 — 27 dni; eksperyment zwierzęcy stwierdził obecność prątków gruźliczych. *Pelnar* opisał przypadek mening. tbc. trwający 2 miesiące, rozpoznany prawidłowo dopiero przy badaniu pośmiertnym. *Spanio* na zasadzie podanego przez siebie opisu 5 przypadków wnioskuje, że gruźlicze zapalenie opon nie zawsze ma, jak to się ogólnie przypuszcza, przebieg szybki i bezwzględnie śmiertelny; nie należą do rzadkości według niego dłuższe remisje pomiędzy napadami ostremi, a nawet wyzdrowienie. *Lewy* twierdzi, że skrycie lub z nieznacznemi objawami klinicznemi przebiegające i pomyślnie zakończone postaci gruźliczego zapalenia opon są częstsze, niż dotąd przyjmuje się; twierdzi dalej, że można także bez znalezienia prątków, które nie zawsze udaje się, pozostawić rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon z dostateczną pewnością na podstawie wzmożenia białka, reakcji złotowej, obniżenia cukru i zmniejszenia chlorków w płynie, do czego dopiero przy dalej posuniętych procesach dochodzą: żółte zabarwienie płynu m.rdz., zwięk-

szenie ilości komórek i włóknik. Jeden z jego przypadków z otwartą gruźlicą i zapaleniem opon wykazywał ból głowy jako jedyny objaw oponowy. *Salvat Espasa* uważa za jedyny pewny objaw gruźliczego zapalenia opon, obecność prętków w płynie, wszystkie inne objawy czynią tylko to rozpoznanie prawdopodobnem; podkreśla on również niezmierną rozmaitość początku i przebiegu. Nawet u dzieci występuje ta ogromna rozmaitość. *Bocchini* potwierdza zdanie *Péhu*, że każdy osesek przerabia swoje własne zapalenie opon, że tu zawodzą istotne objawy patognomoniczne; jedyne znaczenie według niego może mieć badanie bakterjologiczne płynu, które w przypadkach pod innymi względami ujemnych, może być dodatnie. *Bonnin* opisał przypadek m. tbc., symulujący śpiączkę nagminną o b. długim przebiegu, prawie bez temperatury, z nieznacznemi objawami ze strony płynu. Tylko szczepienie śwince wykazało gruźlicze pochodzenie choroby. *Pagnier*, *Corby* i *Escalier* opisali przypadek m. tbc., który 3 miesiące przebiegał pod postacią śpiączki nagminnej. Podobny przypadek, trwający 5 miesięcy opisali *Laignel-Lavastine*, *Valence* i *Polaco*, gdzie na początku myślano również o zapaleniu mózgu.

Erlichówna i *Festensztat* opisują 3 przypadki gruźliczego zapalenia opon o nietypowym przebiegu i burzliwym nagłym początku.

Lesage uważa, że niema dwóch przypadków gruźliczego zapalenia opon zupełnie do siebie podobnych; np. ostry początek, szybkie nasilanie się objawów, wysoka ciepłota, zatarcie się poszczególnych okresów, płyn m. rdz. może być mętny z pleocytozą wielojądrzastą.

Rubenthaler opisuje przypadek m. tbc., w którym było 85% neutrofilów wielojądrzastych. *Mouriz* opisuje przypadek m. tbc., gdzie badanie kilkakrotne płynu wykazywało za każdym razem zmienne stosunki, raz tylko zostały znalezione prątki, płyn dawał cechy kiły układu nerwowego, bywał mętny i zawierał 93% neutrofilów wielojądrzastych. Duże znaczenie autor nadaje reakcji Braun-Huslera i hemolysinowej oraz wysokiemu indeksowi peptolitycznemu, co przy każdem badaniu dawało dodatnie rezultaty. *Banuelos Garcia* na zasadzie swego materjału, obejmującego 20 przypadków, które manifestowały z najrozmaitszemi objawami neurologicznemi ogólnemi i ogniskowemi oraz objawami psychicznemi, twierdzi, że niema ani jednego objawu neurologicznego, od którego m. tbc. u dorosłych nie mógłby się zaczynać. Najstalszym objawem początkowym według niego jest ból głowy, następnie zaburzenia psychiczne i hyperestestezja, dalej idą najrozmaitsze objawy ogniskowe. Twierdzi wreszcie, że czas trwania choroby jest dłuższy, niż to zwykle jest przyjmowane, ponieważ wogóle rozpoznanie jest stawiane zbyt późno.

Pozatym jest opisanych szereg przypadków m. tbc., w których na pierwszy plan występowały objawy psychiczne. *Spatz* wśród swoich 6 przypadków gruźliczego zapalenia opon, które były prawidłowo rozpoznane klinicznie, pomimo braku prątków, wspomina o jednym, który wykazywał stan katatoniczny i w którym myślano o schizofrenji. Stan katonoidalny w gruźliczym zapaleniu opon opisał również *Leiber. Wieg* opisał przypadek m. tbc., w którym był niepokój ruchowy, delirjum, euforja, a nie było żadnych cielesnych objawów oponowych. Z powyższego zestawienia literatury widać, jak bogata jest symptomatologja gruźliczego zapalenia opon, jak różnorodny jest jego przebieg i jak różne są kryterja rozpoznawcze. Właściwie jedynym pewnym i bezspornym objawem jest obecność prątków w płynie mózgowo-rdzeniowym, lub tkance nerwowej, zaś wszystkie inne objawy do obrazów mikroskopowych włącznie przemawiają z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem za taką czy inną etjologją.

Ponieważ w naszym przypadku nie było dokonane badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, bo nie myślało się o gruźliczym zapaleniu opon, a szukanie prątków nie dało dodatniego rezultatu przy badaniu histologicznem, nie możemy z pewnością postawić ścisłego rozpoznania, a możemy mówić tylko o rozpoznaniu prawdopodobnem. Lokalizacja największych zmian w oponach na podstawie mózgu, obecność gruźlicy daleko posuniętej w ustroju, zgodność danych badania histologicznego z obrazami, opisywanemi przy gruźliczem zapaleniu opon, a więc, nacieki wybitne w oponach, składające się przeważnie z limfocytów z niewielką ilością komórek plazmatycznych, spotykane gdzieniegdzie nacieki przy większych naczyniach, przy braku nacieków w naczyniach małych, wypadnięcie komórek nerwowych w korze w postaci luk oraz wygląd komórek Hortegi, upoważnia nas do wyrażenia przypuszczenia tylko, że mamy tu do czynienia z przypadkiem gruźliczego zapalenia opon, które klinicznie przejawiło się pod postacią psychozy zamroczeniowej z domieszką objawów schizofrenicznych, a przy bardzo nieznacznych objawach neurologicznych i przy zupełnym braku objawów oponowych, pomijając jednorazowe końcowe wymioty.

Przypadek II. Chora Z. M. lat 32, przybyła do Kliniki 10. I. 1927 r. Przysłana przez Wydział Opieki Społecznej z rozpoznaniem dementia praecox. Silnie osłabiona, słania się, mówi, że nie może ustać na nogach, od dłuższego czasu nie jada. Blada, tętno — 90′. Siostra chorej podaje: Na kilka dni przed Bożem Narodzeniem zaczęła narzekać na silne bóle głowy. Po Nowym roku bóle głowy nasiliły się wymiotowała po każdem przyjęciu pokarmu. Mówiła, że widziała wszystko tak, jak za mgłą. Od paru dni 3 razy przestawała mówić na kilka godzin, wydawała tylko

jakieś dźwięki, potem zaczynała mówić. 7-go stycznia r. b. zaczęła się podniecać, wstała z łóżka, biła domowników, głową tłukła o stół, później przez jakiś czas nic nie mówiła. Takie podniecenie powtórzyło się nazajutrz i na trzeci dzień. Klęczała, pianę miała w ustach, była cała sztywna. Lekarz ten wystawił kwalifikację do szpitala Jana Bożego, rozpoznanie: dementia praecox. Mąż chorej nie żyje od 4 lat, zmarł na zapalenie płuc. Sześć lat temu, po porodzie, chora zauważyła wytwarzanie się garbu, przedtem zawsze trzymała się prosto. Chora miała 4 dzieci; pierwszy chłopczyk zmarł przy ząbkowaniu, następne dwoje dzieci żyją, zdrowe, a ostatnia dziewczynka zmarła i po tym ostatnim porodzie zaczął wytwarzać się garb u chorej. Z usposobienia chora zawsze była wesoła, towarzyska, lubiła zabawy i rozrywki, zawsze była nerwową, gniewliwą. Alkoholu używała mało. Rodzice chorej nie żyją, ojciec zmarł na gruźlicę, matka z przeziębienia. Matka 6 lat temu była w szpitalu Jana Bożego, jako umysłowo chora 7-ro rodzeństwa chorej zmarło, żyje jedna siostra (podająca), na co zmarło rodzeństwo, podająca nie wie. Pozatem w rodzinie nikt psychicznie nie chorował. Chora 5 lat temu przechodziła grypę. Ostatni tydzień pokarmów nie przyjmowała, tylko piła.

Status praesens. Stan agonalny. U chorej stwierdza się duszność, tętno nitkowate, słabo napięte—120'. W płucach na całej przestrzeni rzężenia grubobańkowe, przytłumienie na całej przestrzeni płuc, większe w prawym szczycie. Odruchy ścięgnowe obustronnie jednakowe. Przy drażnieniu lewej podeszwy następuje ruch obronnny całej stopy z lekką ekstenzją wszystkich palców, przy próbie na Oppenheima i Gordona stwierdza się to samo zjawisko obustronnie, więcej zaznaczone po stronie lewej. Źrenic nie udało się zbadać. Kyphosis. Ciepłota 10. I. wiecz.—36,6 11. I. rano—37,4. 11. I. chora zmarła.

Rozpozn. kliniczne: Stan agonalny (ostra psychoza na tle organicznem).

Sekcja 12. I. o godz. 13-ej.

Infiltratio adiposa myocardii. Caries tbc. corporum vertebrarum VI — XI thoracalium. Kyphoris thoracalis. Cicatrisatio apicis utriusque et focus calcificationis apicis dextri. Anthracosis lymphoglandularum thoracis. Obliteratio pleurae utriusque. Infiltratio adiposa hepatis et intimae aortae. Cholecystitis calculosa. Haemorrhagiae punctatae piae matris in regione pontis. Tonsillitis chronica.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony zgrubiałe i nacieczone tak samo jak w pierwszym przypadku, charakter nacieków również taki sam. I-a warstwa kory zawiera zwiększoną ilośc komórek glejowych, przytem spotyka się dużo komórek o jądrze pałeczkowatem lub różnorodnego nieprawidłowego kształtu, w niektórych miejscach widać, że te ostatnie komórki posiadają protoplazmę, skupiającą się na 2-ch przeciwległych biegunach najdłuższej osi jądra, nieostro odcinającą się od otoczenia; czasem spotyka się bardzo gęste skupienia tych komórek, jak to widać na fotografji. Oprócz tego widać, że brzeg kory jest nierówny, posiada wgłębienia i występy oraz widoczne są naczynia, idące prostopadle do powierzchni kory i przenikające od powierzchni kory wgłąb najczęściej do I-ej warstwy, a czasem nawet do III-ej warstwy. Naczynia te są zgrubiałe z powodu zwiększonej ilości komórek naczyniowych, ale nie widać w nich wcale nacieków. Również drobne naczynia we wszystkich warstwach kory nie wykazują żadnych nacieków. Komórki nerwowe prawie wszystkie zmienione, jądra ich przeważnie ciemne, ziarnistości Nissla rozpylone, protoplazma to bardzo ciemna, skurczona, to znów jaśniejsza, obrzękła, w górnych warstwach kory widać w wielu komórkach jasne obwódki naokoło jąder, niektóre komórki są bardzo jasne, ledwie widoczne; w warstwach kory III-ej i V-ej widać luki powstałe z powodu braku ko-

mórek nerwowych. Dość znaczna neuronofagja szczególniej w dolnych warstwach kory. Amebowate przeistoczenie astrocytów, w istocie białej rozpad. Widoczny tłuszcz w komórkach nerwowych i glejowych. Preparaty Spielmeyera i Fajersztajna-Bielschowsky'ego zmian szczególnych nie wykazują.

Zwój środkowy przedni. Zmiany w oponach podobne do zmian w płacie czołowym z tą tylko różnicą, że widać zwiększoną ilość włókien łącznotkankowych, a nacieki są nieco mniejsze, zachowują jednak ten sam charakter, jak i w płacie czołowym Brzeg kory nierówny, lejki oponowe, brak nacieków w drobnych naczyniach kory. Komórki nerwowe przeważnie ciemne, skurczone, z jądrem ciemnem, znaczna neuronofagja, szczególniej w dolnych warstwach kory, zmiany wsteczne w astrocytach, luki w warstwie III-ej i V-ej. Komórki Hortegi widoczne i tutaj szczególnie w I-ej warstwie kory, ale nie widać skupień ich, jak w płacie czołowym.

Zwój środkowy tylny. Nacieki w oponach bardzo znaczne o charakterze takim, jak w poprzednio opisanych miejscach, gdzieniegdzie widoczna jest nieco zwiększona ilość włókien łącznotkankowych, barwiących się van Giesonem na różowo, w części opony miękkiej, zwróconej nazewnątrz. W I-ej warstwie kory widać znacznie zwiększoną ilość komórek glejowych, wśród nich sporo komórek o jądrze pałeczkowatym lub nieprawidłowym, które miejscami tworzą gęściejsze skupienia, miejscami w tych skupieniach widać i komórki okrągłe, drobne z jądrem ciemnem, jednolicie zabarwionem; skupienia te ułożone są przeważnie na samym brzegu kory mózgowej i jakby przylegają bezpośrednio do nacieków oponowych, co wywołuje wrażenie, jakby te skupienia były objawem bezpośredniego przejścia procesu zapalnego z opon na tkankę mózgową, co mogłoby świadczyć o uszkodzeniu funkcji barjery ektodermalno-mezodermalnej. W komórkach nerwowych zmiany podobne jak w innych okolicach kory. Neuronofagja również większa w dolnych warstwach kory, Glioza boczna (Weigert), astrocyty w I warstwie, w dalszych warstwach ich niema. Luki w obrębie warstwy III-ej i V-ej.

Płat skroniowy. Opony silnie zgrubiałe i nacieczone, w nacieku przeważają limfocyty, niewiele komórek plazmatycznych, włókien łącznotkankowych niewiele, widać wynaczynienia do opony miękiej. W korze luki w warstwach II-ej, III-ej i V-ej. W II-ej i III-ej warstwie widać komórki nerwowe z ubytkiem protoplazmy naokoło jąder, we wszystkich warstwach komórki przeważnie ciemne, o jądrach ciemnych, jakby skurczone, ziarnistość Nissla w nich rozpylona, spotykają się jednak w daleko mniejszej ilości komórki b. słabo barwiące się. Neuronofagja, większa w dolnych warstwach. Na preparatach Weigerta brak astrocytów. Na preparatach Dreszera rozpad ich protoplazmy.

W I-ej warstwie ilość komórek zwiększona, miejscami spotykają się znaczniejsze skupienia komórek Hortegi, podobnie do opisanych wyżej. Oprócz tego komórki Hortegi znajdują się we wszystkich warstwach, widoczne na preparatach Nissla w postaci komórek pałeczkowatych. Tłuszcz widoczny w komórkach nerwowych i w naczyniach. Preparaty Spielmeyera i Fajersztajna - Bielschowsky'ego nic szczególnego nie wykazują. Widoczne są lejki oponowe, niektóre naczynia średniej wielkości w korze wykazują proliferację śródbłonka, jednak komórek nacieczeniowych w nich nie widać. Również nie widać nacieków w drobnych naczyniach kory.

Granica między istotą szara i białą w korze jest nieostra, w istocie białej widać na znacznej przestrzeni pojedyńczo położone komórki nerwowe. Na preparatach, barwionych błękitem Viktoria, widoczna jest glioza brzeżna w postaci miernego rozrostu włókien glejowych.

Calcarina. Nacieki jak wyżej w innych miejscach opon. Skupienia komórek Hortegi w I-ej warstwie. Komórki nerwowe we wszystkich warstwach jednakowo ciemne, o jądrach ciemnych, komórki skurczone. Naczynia drobne kory bez nacieków. Widoczne lejki oponowe, również bez nacieków.

Móżdżek. Nacieki w oponach mniejsze, niż w poprzednio opisanych okolicach, ale o takim samym charakterze pod względem morfologicznym. Ilość komórek Purkinje'go miejscami znacznie zmniejszona; komórki te przeważnie zmienione ciemne, ziarnistość Nissla w rozmaitych stadjach rozpadu.

Robak. Obraz opon i tkanki nerwowej taki sam jak w móżdżku z tą tylko różnicą, że nacieki w oponach znacznie wieksze niż tam, i miejscami, szczególniej od strony zewnętrznej powierzchni ich znajduje się dużo tkanki włóknistej, w miejscach tych ilość komórek nacieczeniowych jest zmniejszona. Nacieków w tkance nerwowej brak.

Most. Nacieki w oponach znaczne, podobnie jak w robaku, dużo w nich włókien łącznotkankowych na zewnętrznej powierzchni opon. Komórki nerwowe przedstawiają rozmaite postaci zmian. Nacieków w drobnych naczyniach w tkance nerwowej niema, widoczny jest w jednym miejscu naciek około większego naczynia wchodzącego z opon. Na preparacie Achucarro naokoło tego naczynia widać rozrost tkanki łącznej.

Rdzeń przedłużony. Zmiany w oponach takie jak w robaku i moście, znaczna w nich ilość włókien łącznotkankowych na zewnętrznej powierzchni. W tkance nerwowej widać kilka nacieków naokoło średnich naczyń; drobne naczynia sa wolne od nacieków. Komórki nerwowe podobnie jak w moście. Widać dużo komórek pałeczkowatych, szczególniej na obwodzie rdzenia. Na preparacie Weigerta widać że astrocyty nie mają swego charakterystycznego wyglądu, brak w nich wypustek (przeistoczenie amebowate), widoczna glioza brzeżna.

Wyspa. Opony zgrubiałe, nacieczone, w naciekach przeważnie limfocyty, gdzieniegdzie znajdują się komórki plazmatyczne i nieco leukocytów, naczynia krwionośne rozszerzone, ścianki ich nacieczone mniej więcej równomiernie, przytem nacieczone przeważnie żyły. W korze obraz taki jak w innych okolicach, w I-ej warstwie dużo komórek glejowych, dużo komórek o jądrze pałeczkowatym, lejki oponowe, drobne naczynia kory bez nacieków, luki w warstwie III-ej i V-ej.

Jądra podstawy. Zmiany w komórkach nerwowych takie, jak w innych okolicach, różnicy pomiędzy zmianami w pallidum i striatum niema. W ścianie III-ej komory blisko powierzchni widać kilka nacieków naokoło naczyń średniej wielkości, nacieków w drobnych naczyniach jąder podstawy niema. Astrocytów na preparatach nie widać.

Przypadek powyższy dotyczy kobiety lat 32, która przybyła do kliniki po 3-ech tygodniach bólów głowy, które stopniowo nasilały się; w drugim tygodniu choroby zjawiły się wymioty, widzenie jak za mgłą, w trzecim tygodniu podniecenie, agresywność, jakieś ataki, podczas których występowało sztywnienie. Na 6 lat przed chorobą zaczął tworzyć się po porodzie garb w dolnych kręgach piersiowych. Na drugi dzień po przybyciu—zejście. Wobec krótkości obserwacji klinicznej i zejścia śmiertelnego zanim zdążyło się przeprowadzić wskazane badania, jak np. nakłucie lędźwiowe, nie można

było w danym przypadku postawić ścisłego rozpoznania klinicznego i zatrzymano się na rozpoznaniu ogólnikowem (ostra psychoza na tle organicznem). Sekcja wykazała gruźlicze zmiany w trzonach VI—XI kręgów piersiowych i blizny w obu szczytach płuc. Poza drobnemi wynaczynieniami w oponie miękiej w okolicy mostu żadnych innych zmian w układzie nerwowym ośrodkowym protokół sekcyjny nie zawiera. Przy badaniu mikroskopowym stwierdzono duże nacieki w oponach składające się przeważnie z limfocytów, a w daleko mniejszej ilości z leukocytów i komórek plazmatycznych. Nacieki te znajdują się na wypukłości mózgu i wykazują różne nasilenie procesu zapalnego opon. Na podstawie mózgu znajdujemy również tego rodzaju nacieki z tą tylko różnicą, że oprócz nich widać w oponach silny rozrost tkanki łącznej włóknistej. W tkance nerwowej nacieków niema, za wyjątkiem kilku niewielkich w ścianie komory III-ej. Drobne naczynia kory również żadnych nacieków nie zawierają. Komórki nerwowe przedstawiają zmiany różnego rodzaju, spotykają się i cienie komórek oraz luki, powstałe z wypadnięcia komórek nerwowych. Luki znajdują się przeważnie w III-ej i V-ej warstwie prawie całej kory, a w płacie skroniowym również i w warstwie II-ej. Glej przedstawia zmiany progresywne i regresywne. Do pierwszych należałoby zwiększone ilości komórek glejowych w I-ej warstwie kory i neuronofagja w innych warstwach; do zmian regresywnych — przeistoczenie amebowate astrocytów, prawie wszędzie stwierdzalne. Wreszcie widoczne prawie wszędzie znaczne powiększone ilości komórek Hortegi, najwybitniejsze w I-ej warstwie kory, choć w mniejszym stopniu, w niższych warstwach kory i w pniu mózgowym.

Wyniki badania mikroskopowego pokrywające się prawie całkowicie, za wyjątkiem dużego nacieku w łupinie, z obrazem znalezionym w przypadku I-ym, obecność ogniska gruźliczego w postaci zmian w kręgach piersiowych oraz blizn w szczytach, pozwala nam wyrazić przypuszczenie, że i w tym przypadku mamy również do czynienia z gruźliczem zapaleniem opon, które przebiegało bez wyraźnych objawów oponowych. Ponieważ przypuszczenie to nie zostało potwierdzone znalezieniem prątków w płynie m.-rdz. ani w oponach przy badaniu mikroskopowem, rozpoznanie nie może być w zupełności pewne, a musi być uważane tylko za prawdopodobne.

Przypadek III. Chora T. Z. lat 31, przybyła do szpitala 6. XI. 1925 r.

Przybyła z świadectwem d-ra P., jako chora odmawiająca przyjmowania pokarmów w stanie depresyjnym. Chora od kilku miesięcy, stan katatoniczny, nie odpowiada na pytania. Negatywizm, nawet flexibilitas cerea. Ciepłota — 38,0.

7. XI. Mutyzm. Negatywizm. Odmowa jedzenia. Zanieczyszcza się. Dziwaczna postawa. Cieleśnie badalna z trudnością. W płucach w dolnych płatach niema ani stłumienia wypuku, ani rzężeń. W okolicy krzyża zaczerwienienie skóry. W płacie dolnym prawym jednakże lekkie stłumienie na ograniczonej przestrzeni.

10. XI. Mutyzm. Negatywizm. Leży w łóżku w jednakowej postawie. Odmowa jedzenia. Nad prawym szczytem wypuk silnie skrócony. Wdech i wydech szorstki. Stan gorączkowy. Mocz poza wzmożeniem moczanów zmian nie wykazuje. Karmiona sondą.

18. XI. Internista konsultant uważa, iż gorączka jedynie może być wytłumaczona głębokiem ogniskiem w płucach. W dolnych płatach zmian nie znalazł.

20. XI. Stan bez zmian. Przy szczegółowym wypukiwaniu lekkie stłumienie w płacie dolnym prawym.

20. I. 1926. Częściowo jada sama. Mutyzm.

7. II. Od 2 tygodni jada sama. Godzinami przeraźliwie krzyczy. Wykazuje lęk względem niektorych osób. Czasami smaruje się kałem.

4. III Krzyczy godzinami. Pozatem mutyzm. Jada nieźle. Decubitus w okolicy krzyża.

27. III. Zanieczyszcza się. Objawy enteritis.

28. IV. Enteritis zmienna, lecz stale trwa. Ciepłota normalna. Psychicznie bez zmiany.

30. V. Przemówiła. Zorjentowana co do miejsca i otoczenia. Co do czasu niedokładnie. Wycieńczona. Enteritis.

1. VI. Objawy bronchopneumonji po stronie prawej z tyłu w dole, bez gorączki.

3. VI. Zmarła o godz. 4-ej.

Rozpoznanie klin.: Schizophrenia katat. Tbc. pulmonum. Enteritis. Inanitio Bronchopneumonia dextra. Decubitus.

Wynik badania pośmiertnego: Inanitio. Atrophia organorum universalis. (cerebri, thyreoideae, fusca et permagna cordis, pulmonum, lienis, suprarenalium, pancreatis, uteri et renum). Hydrocephalus externus et internus levis gradus. Adhaesiones pleurales. Foci calcificationis in lobo inf. pulmonis dextri.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony zgrubiałe znacznie, ilość komórek w nich nieduża, wśród komórek przeważają komórki wrzecionowate lub owalne, w znacznej mniejszości spotykają się komórki okrągłe małe z jądrem ciemnem z wązkim rąbkiem protoplazmy naokoło jądra, gdzieniegdzie widać nieliczne makrofagi. Na preparatach van Giesona widać bardzo dużo włókien, zabarwionych na różowo. W korze komórki nerwowe prawie wszystkie zmienione, przeważnie ciemne, z jądrami ciemnemi skurczonemi, z protoplazmą ciemną, z rozpyloną ziarnistością Nissla, z wypustkami widocznymi na dalekiej przestrzeni, czasem wypustki są pokręcone; widać często komórki blade, spotykają się cienie komórek. Komórki glejowe w górnych warstwach przeważnie ciemne skurczone, w I-ej warstwie w ilości zwiększonej, w II-ej warstwie jest ich bardzo mało, W III-ej znacznie więcej i układają się naokoło komórek nerwowych, w warstwie V-ej i VI-ej ilość ich jest bardzo duża, niema wprost ani jednej komórki nerwowej, dokoła której nie byłoby kilku komórek glejowych, w dolnych warstwach komórki glejowe są jaśniejsze i nieco większe, niż w warstwach górnych. Komórek Hortegi jest niewiele. Na preparatach Dreszera widać, że astrocyty nie posiadają wypustek, dużo ich posiada protoplazmę w stanie rozpadu (amebowate przeistoczenie gleju).

Zwój środkowy przedni. Opony zgrubiałe, komórek w nich mało, przeważnie widoczne są komórki o jądrach podłużnych lub wrzecionowatych, niewiele komórek

okrągłych (limfocytów), na preparatach van Giesona widać bardzo dużo włókien łącznotkankowych. Naczynia o ściankach nienacieczonych, w jednem miejscu widać dość duże wynaczynienie do opon. Komórki nerwowe zmienione, jądra bardzo ciemne, skurczone, homogenne, protoplazma również skurczona, widać rozpad ziarnistości Nissla, wypustki widoczne na dużej przestrzeni, często korkociągowato pokręcone. Luki w warstwach III-ej i V-ej. Ilość komórek glejowych zwiększona, szczególniej w I-ej warstwie, komórki te są ciemne, małe, komórek Hortegi widać niewiele. W dalszych warstwach idąc wgłąb kory ilość komórek glejowych się zwiększa, największa jest w warstwie VI-ej, gdzie widać szczególnie dużo satelitów. Granica między istotą szarą i białą kory nieostra, widać bardzo dużo komórek nerwowych w istocie białej, wszystkie te komórki tutaj są otoczone licznemi satelitami. Nacieków w średnich i drobnych naczyniach kory nie widać, natomiast widoczne są liczne lejki oponowe z dużą ilością komórek naczyniowych, a w istocie białej szereg naczyń, wypełnionych krwią. Amebowate przeistoczenie astrocytów.

Zwój środkowy tylny. Opony zgrubiałe, przeważają w nich włókna łącznotkankowe, małych okrągłych komórek jest nieco więcej, niż w okolicach poprzednio opisanych, nieliczne mikrofagi przeważnie wypełnione krwią. W korze zmiany jak w zwoju środkowym przednim, z tą tylko różnicą, że luki w warstwie III-ej i V-ej są wyraźniejsze. Komórki glejowe zachowują się tutaj również tak samo, zwiększenie ich postępuje wgłąb kory, neuronofagja, przeistoczenie amebowate astrocytów.

Płat skroniowy, Opony grube z powodu znacznego rozrostu włókien łącznotkankowych, przeważają komórki o jądrach wrzecionowatych lub owalnych, spotykamy jednak i komórki drobne, okrągłe, jakkolwiek w mniejszej ilości, makrofagi bardzo nieliczne; komórki nerwowe wąskie, skurczone, ciemne, o jądrach ciemnych mających wygląd homogenny, również skurczonych, ziarnistość Nissla niewidoczna komórki glejowe ciemne, małe, w dolnych warstwach bardzo liczne, grupują się naokoło komórek nerwowych, widoczne cienie komórek nerwowych. Komórek Hortegi niewiele, tylko w I-ej warstwie.

Calcarina. Obraz w oponach i korze taki jak w płacie skroniowym z tą tylko różnicą, że komórek nacieczeniowych i makrofagów jest nieco więcej, jednak przeważają włókna łącznotkankowe. Komórki nerwowe i glej zachowują się tak, jak w płacie skroniowym.

Móżdżek. Opony mniej zgrubiałe, niż w półkulach mózgu, nie widać w nich komórek nacieczeniowych. W warstwie komórek Purkinje'go widoczne jest zubożenie w komórki nerwowe, komórki Purkinje'go pozostałe wszystkie prawie zmienione, ziarnistość Nissla w różnych stadjach rozpadu, jądro ciemne.

Wyspa. Opony nacieków żadnych nie wykazują, włókna tkanki łącznej widoczne w miernej ilości. Komórki nerwowe zmienione, ziarnistość Nissla w rozpadzie, jądra ciemne, protoplazma ma wygląd homogenny, luki nieduże w warstwie III-ej. Komórki glejowe skurczone ciemne, znaczny ich rozrost, szczególniej w dolnych warstwach, gdzie widoczne jest grupowanie się ich dookoła komórek nerwowych

Most. Opony grube, dużo włókien łącznotkankowych, miejscami niewielkie nacieki, w skład których wchodzą przeważnie limfocyty, nie wiele ciałek przejściowych i pojedyńczo makrofagi. W tkance nerwowej dużo komórek glejowych, często w postaci satelitów komórek nerwowych, spotykamy komórki glejowe z widoczną protoplazmą, wtedy jądra ich są jasne, przeważają jednak komórki glejowe o jądrach ciemnych. Komórki nerwowe przeważnie ciemne o protoplazmie homogennej, o jądrze ciemnem, skurczone. Nacieków naczyń drobnych i większych — brak.

Rdzeń przedłużony. Opony grube, przeważają w nich włókna łącznotkankowe, nacieków żadnych nie widać. W tkance nerwowej zmiany jak w innych okolicach, w szczególności nie widać nacieków zarówno w drobnych jak i większych naczyniach.

Jądra podstawy (putamen, globus pallidus, n. caudatus) wykazują zmiany w komórkach nerwowych takie jak i w innych okolicach, komórki o jądrach przeważnie ciemnych, ziarnistość Nissla przeważnie w rozpadzie. dużo komórek glejowych, które przeważnie są ciemne i małe, nie mają na preparatach Nissla widocznych rąbków protoplazmy, a na preparatach Dreszera widoczne jest amebowate przeistoczenie astrocytów. Nacieków żadnych w naczyniach drobnych i większych nie widać, Ściana III-ej komory zmian szczególnych nie wykazuje.

Przypadek powyższy dotyczy kobiety w wieku lat 31, która przybyła do szpitala po kilkomiesięcznem trwaniu choroby psychicznej. W szpitalu wykazywała stan katatoniczny, flexibilitas cerea, negatywizm, depresję, odmawiała przyjmowania pokarmów, wykazywała dziwaczną postawę, stereotypję. Temperaturę miała podniesioną, stłumienie w prawym szczycie i dolnym prawym płacie, szmery oddechowe szorstkie. W parę miesięcy po przybyciu zaczęła jadać sama, ale godzinami przeraźliwie krzyczała, zdradzała lęk względem niektórych osób, zanieczyszczała się kałem. W miesiąc później — enteritis. Jeszcze po miesiącu—bronchopneumonia i zejście. Sekcja między innemi zmianami wykazała zanik zwojów mózgowych, wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne, gruźlicę płuc w postaci ognisk zserowacenia. Przy badaniu histologicznem widoczne jest wszędzie znaczne zgrubienie opon i rozrost w nich włókien łącznotkankowych. W niektórych okolicach, szczególniej w płacie środkowym tylnym, skroniowym, w moście, widoczne są skupienia komórek nacieczeniowych, w których znajdują się makrofagi. Komórki nerwowe wszędzie zmienione, w warstwach III i V-ej widoczne są luki, najwybitniejsze w zwoju środkowym tylnym, a w warstwie III-ej—w wyspie. Glej przedstawia zmiany progresywne. Do pierwszych należą: neuronofagja w dolnych warstwach kory oraz zwiększenie ilości komórek glejowych wogóle; do drugich — skurczenie i ciemne zabarwienie komórek glejowych oraz ich przeistoczenie amebowane. Należy również podkreślić brak nacieków w tkance nerwowej w naczyniach.

Jak widać z powyższego opisu ze względu na zmiany w oponach, ich zgrubienie, rozrost w nich włókien łącznotkankowych oraz spotykane w nich nacieki i wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne. mamy tu do czynienia z reakcją ze strony opon na jakiś czynnik chorobowy. Obecność daleko posuniętych zmian gruźliczych i atrofja narządów, a między innymi mózgu, pozwala nam wyrazić przypuszczenie, że czynnikiem chorobowym w danym przypadku może być

gruźlica. Dowodów przemawiających nieodparcie za tym przypuszczeniem przebieg kliniczny oraz dane badania histopatologicznego dostarczyć nam nie mogą, jednak z drugiej strony nic nie przemawia przeciwko temu przypuszczeniu. Nie możemy dalej rozstrzygnąć kategorycznie sprawy, czy zmiany w oponach w danym przypadku są wyrazem ich reakcji na toksyny drażniące, czy też jest to zapalenie opon z powodu ich zakażenia. Nącieki spotykane w niektórych miejscach w oponach, przemawiałyby za drugą alternatywą, przy której rozrost włókien łącznotkankowych w oponach należałoby uważać za wyraz chronicznego charakteru sprawy oddawna przebiegającej, a nacieki spotykane w niektórych miejscach opon, składające się przeważnie z limfocytów i nielicznych makrofagów, również świadczyłyby o chronicznym charakterze procesu, jak to mamy w chronicznie przebiegających przypadkach epidemicznego lub gruźliczego zapalenia opon. Zmiany w komórkach nerwowych przy braku zmian w naczyniach mogą świadczyć o sprawie toksycznej, uzależnionej od tego samego czynnika, który wywołuje atrofję szeregu narządów, stwierdzoną na sekcji, między innemi mózgu, jak to często bywa opisywane w przypadkach gruźliczego zapalenia opon. Przypadek powyższy może więc być traktowany, jako przypadek zapalenia opon, w przebiegu którego wystąpiła psychoza pod postacią katatonji, a więc psychoza ta może być uważana za psychozę objawową. Co do charakteru tego zapalenia opon, to możliwe tu jest zapalenie ich na tle gruźliczem. Jeżeliby przyjąć tę właśnie etjologję sprawy chorobowej, to zasługiwałoby na uwagę to, że psychoza objawowa przebiegała pod postacią katatonji oraz ta okoliczność, że *przy klinicznych objawach katatonicznych badania histologiczne nie wykazało żadnych zmian w jądrach podkorowych.* Dalej zasługuje na uwagę długi czas trwania choroby; jeżeli przyjąć charakter gruźliczy choroby, to według większości autorów *(Oppenheim, Kurschmann i Kramer)* przeciętny czas trwania choroby wynosi 2—3 tygodnie, a w naszym przypadku—ponad 7 miesięcy. Jednakże ten długi czas trwania choroby nie może być argumentem przeciwko rozpoznawaniu tutaj gruźliczego charakteru cierpienia, gdyż jak widać z przeglądu literatury, podanego przy omówieniu I-ego przypadku, czas trwania tego cierpienia może być znacznie wydłużony ponad czas, przeciętnie dlatego przyjmowany. Co dotyczy obrazu mikroskopowego, znalezionego w tym przypadku, to mamy tu znaczny rozrost tkanki łącznej w oponach i nieznaczne nacieki, składające się z limfocytów i niewielkiej ilości makrofagów, co przy obecności wodogłowia wewnętrznego i zewnętrznego może być ocenione, jako po-

prawa w procesie zapalnym w oponach lub też, jako stan, w którym analogicznie do cytowanego już przypadku *Lotti'ego*, mamy do czynienia z nawrotami zapalenia opon, gdzie z powodu utraty przez ustrój w przebiegu infekcji jego sił uodparniających, reakcja oponowa w postaci wydatnych w nich nacieków nie mogła się rozwinąć.

W końcu należy podkreślić brak w danym przypadku zwiększonej ilości komórek glejowych pałeczkowatych (komórek Hortegi) w tkance nerwowej, co może być ocenione, jako moment, przemawiający przeciwko wysuwaniu tutaj możliwości rozpoznawania gruźliczego zapalenia opon; lecz z drugiej strony możliwe jest przypuszczenie istnienia pewnych warunków, które i w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mogą powodować nieliczne występowanie komórek Hortegi.

Przypadek IV. P. B 1.47., przybył do kliniki 17.III.28r. Zmarł. 18.III.28r. Chory przebywał od 12.III.28 w klinice chirurgicznej, gdzie rozpoznawano varices haemorrhoidales, i skąd „z powodu ataku furji" przeniesiono go na klinikę psychjatryczną. W klinice chirurgicznej dn. 15.III wykazywał euforję, urojenia wielkościowe i objawy dementywne, przyznał się do przebytej kiły. Również wykazywał wyraźne objawy delirium tremens. Przy przyjęciu chory z trudnością odpowiada na zadawane pytania z powodu czkawki, która go męczy. Coś mówi wciąż do siebie. Nie orjentuje się w miejscu i czasie. Źrenice wąskie, na światło nie reagują. Odruchów kolanowych nie można wywołać. Tętno słabe, przyśpieszone. Nie odpowiada przy badaniu na oddziale na pytania, nie zwraca na nie uwagi, odnosi się wrażenie, że nie rozumie ich wcale. Niespokojnie kręci się na krześle, nie pozwala kierować swojemi ruchami, rozglada się niespokojnie po gabinecie, czasami usiłuje coś powiedzieć, zresztą przez cały czas obserwacji nie wypowiedział żadnego artykułowego słowa, tylko jęczy i mruczy. Często szuka czegoś za koszulą lub w kalesonach. W trakcie badania stanu fizycznego chory gwałtownie opiera się, wyrywa, usiłuje uciekać, mówi parę słów po rosyjsku np. „stoj, pusti, idu".

Stan fizyczny, Blizna powierzchowna w linji środkowej czoła, idąca przez całą wysokość czoła, klatka piersiowa beczkowata. W płucach objawy przewlekłego bronchitu. Tony serca głuche, tętno miękie 120. W narządach wewnętrznych zmian nie udało się stwierdzić. Odruchy kolanowe obecne, jednakowe, osłabione. Odruchów patologicznych nie stwierdzono. Reakcja źrenic słaba. Na scrotum kilka powiększonych gruczołów łojowych. Duże żylaki przy odbytnicy.

18.III. O g. $12^1/_2$ w południe chory dostał nagle wymiotów płynem brunatnym ciemnym w obfitej ilości, bez przymieszki piany, płyn podobny do czarnej kawy, brzuch wzdęty, bębnica, brzuch wybitnie wrażliwy na ucisk. Tętno słabo napięte 100. Agonisans. Robi wrażenie perforacji w jamie brzusznej (ulcus). W płucach przy powierzchownem badaniu zprzodu obfite rzężenia drobnobańkowe. W $^1/_2$ godz. zmarł, T^0 16.III wiecz. 38,2 17.III rano 37,0 wiecz. 36,6 18.III rano 37.2

Rozpoznanie kliniczne. Delirium; haemorragiae intestinales.

Rozpoznanie anatomopatologiczne. Tbc. miliaris pulmonum, renum, lienis, hepatis, thyreoideae, meningum. Ulcera tuberculosa inveterata intestini, ilei et colonis. Ulcus tbc. recti prope anum. Aortitis luetica et atherosclerosis praecipue centralis.

Adhaesiones pleurales, Oedema meningum. Gastritis mucosa chronica. Infiltratio adiposa hepatis. Atheromatosis cutis scroti.

Płat czołowy. Badanie mikroskopowe. Opony bardzo zgrubiałe, dużo w nich nacieków, składających się z limfocytów i z dużej ilości makrofagów, nacieki te układaja się w postaci wiekszych skupień naokoło naczyń, przeważnie żylnych lub też związek ich z naczyniami nie jest na preparacie uwidoczniony, szczególnie dużo znajdujemy makrofagów, które miejscami są widoczne w skupieniach po kilkanaście egzemplarzy, wiele z nich zawiera oprócz jądra w protoplazmie również limfocyty. Oprócz tego w oponach widać zwykłe komórki oponowe oraz w znacznej ilości fibroblasty i dużo włókien łącznotkankowych, szczególniej zgrubiałe są opony w okolicy bruzd międzyzwojowych. W tkance nerwowej nacieków żadnych nie widać ani w większych ani też w drobnych naczyniach kory W I-ej warstwie kory zwiększona ilość komórek glejowych, widać wiele komórek glejowych o jądrach nieprawidłowego kształtu i nieco komórek pałeczkowatych, jednak mniej, niż w przypadku I-ym i II-im. Protoplazma tych komórek widoczna jest na preparatach Nissla w postaci obwódek, niejasno odcinających się od otoczenia, z wgłębieniami i występami lub też w postaci pasemek, odchodzących od dwuch przeciwległych biegunów jądra, ten ostatni kształt protoplazmy szczególnie często występuje w komórkach glejowych, których ądra mają kształt podłużny lub nieprawidłowy. W dalszych warstwach kory ilość komórek glejowych również wydaje się wzmożona, tylko w nieco mniejszym stopniu, nie widać tu takiej ilości, jak w warstwach górnych, komórek z widocznemi rąbkami protoplazmy; wszystkie komórki glejowe są jasne i duże, niema postaci ciemnych i skurczonych. Satelity widoczne w ilości niezbyt znacznej. Komórki nerwowe we wszystkich warstwach zmienione, jądra ich ciemne, protoplazma z ziarnistością Nissla rozpadłą, czasem nieostro odgranicza się od otoczenia, poczynając od warstwy III-ej wgłąb widoczne są cienie komórek nerwowych. Na granicy istoty szarej i białej na preparatach Cajala i Fajernsztajna-Bielschowskiego widoczne są rozrosłe astrocyty włókniste. Amebowatego przeistoczenia gleju brak.

Zwój środkowy przedni. Opony grube, bardzo dużo w nich włókien łącznotkankowych, wśród których znajduje się bardzo dużo makrofagów, a w niektórych miejscach widoczne są gęstsze skupienia komórek, które składają się w większości z makrofagów z mniejszą domieszką limfocytów. Naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, ścianki naczyń żylnych nacieczone, tętniczych przeważnie wolne od nacieków. W korze komórki nerwowe o jądrach ciemnych, przemieszczonych ku obwodowi komórki, z rozpadłą ziarnistością Nissla, skurczone, ciemne, z widocznemi na dość dalekiej przestrzeni wypustkami. Poczynając od III-ej warstwy wgłąb widoczne są luki, oraz cienie komórek nerwowych. Komórki glejowe wszędzie w ilości zwiększonej, bujanie gleju szczególniej w I-ej warstwie, gdzie widać sporo postaci o jądrach wydłużonych, często z widoczną protoplazmą na przeciwległych biegunach jądra. Duże komórki Betza stosunkowo mniej zmienione od innych, ziarnistość Nissla w nich niezupełnie rozpadła.

Zwój środkowy tylny. W oponach charakter nacieków taki sam jak i w miejscach poprzednio opisanych, dużo w nich włókien łącznotkankowych, nieliczne skupienia makrofagów i jeszcze mniej limfocytów. W korze komórki nerwowe wszystkie ciemne, skurczone, z jądrami ciemnemi, przemieszczonemi ku obwodowi komórki z ziarnistością Nissla w rozpadzie, czasem granica komórki nieostro odcina się od otoczenia, widoczne są cienie komórek. Glej w stanie rozrostu, szczególniej w I-ej warstwie i poczynając od warstwy III-ej wdół, gdzie widać dużo satelitów, w isto-

cie białej widoczna jest duża ilość astrocytów włóknorodnych, widocznych na preparatach Fajersztajna-Bielschowsky'ego. Nacieków w naczyniach kory niema

Calcarina. Opony zgrubiałe, dużo w nich włókien łącznotkankowych, od czasu do czasu spotyka się skupienia makrofagów i limfocytów, ścianki naczyń naogół są wolne od nacieków, za wyjątkiem niektórych mniejszych żył, których ścianki w całości są przepojone komórkami nacieczeniowemi (limfocytami). I-a warstwa kory wykazuje zwiększoną ilość komórek glejowych z wyraźnemi rąbkami protoplazmy, widocznemi na preparatach Nissla, spotykają się również komórki z jądrami wydłużonemi pałeczkowatemi lub o kształtach nieprawidłowych, komórki te mają często widoczne pasemka protoplazmy na dwu przeciwległych biegunach wydłużonego jądra. W niektórych miejscach widać skupienia tych komórek w nieco większej ilości. Komórki nerwowe wykazują zmiany takie, jak w innych okolicach opisanych. W dolnych warstwach kory dużo satelitów. Nacieków w naczyniach brak.

Most. W oponach nacieki większe niż w innych okolicach, przeważają w naciekach limfocyty, spotyka się nieco komórek plazmatycznych i pojedyńcze makrofagi, dużo włókien łącznotkankowych, niektóre ścianki żył w całości przepojone limfocytami, tętnice wolne od nacieków,. Prawie wszystkie komórki nerwowe jąder mostu bardzo ciemne, prawie jednakowo zabarwiona protoplazma i jądro w sposób jednolity, komórki skurczone, u wielu z nich widoczne wypustki korkociągowato pokręcone. Otoczka jadra przeważnie niezabarwiona, jądra przemieszczone ku obwodowi. Glej wykazuje zmiany progresywne i regresywne. Pod górnozewnętrzną powierzchnią mostu widoczne są skupienia komórek o jądrach okrągłych lub nieprawidłowych, wydłużonych, z widocznemi rąbkami protoplazmy, na obwodzie tych skupień spotykają się w mniejszej ilości komórki pałeczkowate. W górno-wewnętrznej części mostu widoczne jest naczynie krwionośne (żyła), przy zewnętrznej ściance którego widoczny jest naciek, składający sią z limfocytów i kilku komórek plazmatycznych, ułożony płasko przy ściance naczynia i, zdaje się nieprzenikający w tkankę nerwową.

Móżdżek. Opony miernie zgrubiałe, spotykają się w nich nacieki o charakterze takim samym jak w innych okolicach, oprócz tego widać na preparatach van Giesona dużo skupień substancji barwiącej się na czarno, która składa się z grudek o kształtach bardzo rozmaitych, często w postaci bezkształtnych mas, układają się one przeważnie w świetle naczyń lub też ściśle przylegają do ich ścianek od wewnątrz, w mniejszej ilości zdarzają sie jednak i poza naczyniami. W tkance nerwowej są liczne wypadnięcia komórek Purkinje'go, widoczne są często w tych miejscach cienie komórek i rozetki z komórek glejowych.

Rdzeń przedłużony. Nacieki w oponach dosyć duże, charakter ich taki jak w innych okolicach, zmiany w komórkach nerwowych, jak w moście. Nacieków w naczyniach tkanki nerwowej niema.

Róg Amona. Zmiany w oponach jak w innych miejscach. Komórki nerwowe wszystkie ciemne, skurczone, z jądrami ciemnemi również skurczonemi, wypustki ich pokręcone, widoczne na dużej przestrzeni, dużo tłuszczu w komórkach nerwowych. Astrocyty o zmiejszonej ilości wypustek w istocie białej. W subiculum w górnych warstwach widoczne są zmiany w komórkach nerwowych takie, jakie występują przy zaburzeniach w krążeniu, mianowicie jądra skurczone, protoplazma nie przylega do jądra, między jądrem i ciałem komórki widoczne są puste rąbki.

Wyspa. Zmiany w oponach i korze jak w innych okolicach z tą różnicą, że komórki nerwowe szczególnie w warstwie III-ej przedstawiają przeważnie obrazy ostrej zmiany Nissla lub sklerozy. W dolnych warstwach kory bardzo dużo komórek

glejowych, widać dużo rozetek, w których są widoczne oprócz komórek glejowych i resztki komórek nerwowych.

Jądra podstawy (putamen, pallidum, n. caudatus), ściana III-ej komory przedstawiają obraz podobny do innych okolic opisanych, widać różne zmiany w komórkach nerwowych, rozrost gleju, nacieków w naczyniach niema. Splot naczyniowy komory III-ej zmian nie wykazuje. Badanie opisanych skrawków metodą Ziehl-Neelsena nie wykazało obecności w tkankach prątków kwasoodpornych.

Przypadek powyższy dotyczy mężczyzny, lat 47, który 12.III.28 z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego zapisał się na oddział chirurgiczny, gdzie badany w 3 dni potem przez psychjatrę wykazywał stan zamroczenia świadomości z omamami, charakterystycznemi dla delirium tremens, euforję oraz urojenia wielkościowe; jeszcze w 2 dni potem z powodu „ataku furji" został przeniesiony na klinikę psychjatryczną, gdzie stan zamroczenia utrzymywał się w dalszym ciągu. Chory był podniecony, opierał się, wyrywał, nie pozwalał się badać, nie rozumiał, co do niego mówiono, jakby szukał czegoś pod swoją bielizną. Pod względem somatycznym wykazywał stan podgorączkowy, w płucach objawy bronchitu, głuche tony serca, t. 120, w układzie nerwowym poza słabą reakcją źrenic na światło zmian nie stwierdzono. Na drugi dzień po przybyciu do kliniki, zanim zdążono wykonać dodatkowe badania a szczególności nakłucie lędźwiowe, chory zmarł. Zejście poprzedzone zostało wymiotami, przy których brzuch był wzdęty, wybitnie wrażliwy na ucisk, tętno słabo napięte 100, w płucach obfite rzężenia drobnobańkowe. Sekcja wykazała tbc. miliaris całego szeregu narządów, między innemi i opon, a oprócz tego owrzodzenia gruźlicze w przewodzie pokarmowym, a także zmiany luetyczne w aorcie. Przy badaniu mikroskopowym stwierdzono we wszystkich badanych miejscach znaczne zgrubienie opony miękiej, w której znaleziono bardzo dużo włókien łącznotkankowych oraz nacieków, składających się z limfocytów i makrofagów, przytem na podstawie mózgu w naciekach przeważają limfocyty, a na convexitas—makrofagi. W tkance nerwowej stwierdzono rozmaite zmiany w komórkach nerwowych, które doprowadziły z powodu wypadnięcia tych komórek, do luk najwyraźniejszych w III-ej i V-ej warstwie w zwoju środkowym przednim. Glej—w stanie rozrostu, co uwidacznia się w dużej ilości satelitów w dolnych warstwach kory, w obecności rozetek, w rozroście astrocytów w istocie białej kory i na granicy istoty białej i szarej. W I-ej warstwie kory sporo komórek pałeczkowatych oraz komórek glejowych o jądrach kształtu nieprawidłowego z widocznemi rąbkami protoplazmy. Nacieków w naczyniach drobnych i większych w tkance nerwowej brak, za wyjątkiem jednego nacieku widocznego w moście

przy żyle średniej wielkości, składającego się z limfocytów i kilku komórek plazmatycznych i nie przechodzącego na tkankę nerwową.

Jak widać z powyższego opisu, przypadek powyższy jest również zapaleniem opon, w obrazie klinicznym którego dominowały zaburzenia psychiczne w postaci stanu majaczeniowego z euforją i urojeniami wielkościowemi, który nie wykazywał w swoim przebiegu żadnych objawów oponowych, dopiero przed samym zejściem zjawiły się wymioty, a jedynym objawem neurologicznym była słaba reakcja źrenic. Obecność daleko posuniętej gruźlicy w organizmie w postaci prosówki obejmującej płuca, nerki, śledzionę, wątrobę, tarczycę i opony miękie oraz w postaci owrzodzeń gruźliczych w jelicie cienkim i grubym, stwierdzona przy badaniu sekcyjnem, pozwala na wyrażenie przypuszczenia, że zapalenie opon w danym przypadku może być pochodzenia gruźliczego; hydrocephalus externus również przemawia na korzyść tego przypuszczenia, natomiast badanie mikroskopowe, jakkolwiek nie przeczy temu, jednak nie dostarcza powodów, któreby przypuszczenie gruźliczej etjologji zapalenia opon w danym przypadku potwierdziły: mianowicie w badanych skrawkach nie stwierdzono gruzełków ani komórek olbrzymich jak również barwienie skrawków metodą *Ziehl-Neelsena* nie wykazało obecności prądków kwasoodpornych. Wobec powyższego przypadek należy traktować jako psychozę objawową, która wystąpiła w przebiegu zapalenia opon, które z pewnym prawdopodobieństwem może być uważane za zapalenie opon gruźliczego pochodzenia.

Przypadek V. Ł. l 25 l. przyjęta 20.III.28; zmarła 29.III.28. Matka chorej zmarła na leukemję, ojciec i siostra zdrowi. Stryj ojca chorej był psychicznie chory. Na początku bieżącego miesiąca zaczęła się choroba psychiczna, pacjentka straciła sen, przestała brać lekarstwa, mówiła, że razem ze swoją rodziną jest zatruta lekarstwami, niszczyła ubranie pod pozorem, że je przerabia, straciła ostrość słuchu, wystąpiły urojenia o treści religijnej. Przy początku obecnej choroby miała wysoką temperaturę, przy przyjęciu do kliniki 38^0. Stan obecny. Budowa prawidłowa, leptosomiczna, skóra blada, odżywienie średnie. Gardło nieco zaczerwienione, pokryte śluzem. W płucach stłumienia ztyłu od szczytów sięgające obustronnie do połowy łopatek. W dolnym lewym płacie ztyłu i w górnym zprzodu wypuk wybitnie bębenkowy. Nad stłumieniem oddech zaostrzony, wydech wydłużony, chuchający. Rzężenia. Tony serca czyste, tętno równe, drobne do 160 na 1′. Wątroba nie powiększona, górna granica śledziony na 10-ym żebrze, dolną nie dała się ustalić. Powłoki brzuszne silnie napięte, ogólna bolesność przy obmacywaniu. Odruchy ścięgnowe równe. Spastycznych brak. Odruchy brzuszne—równe. Źrenice równe, reakcja średnio wydatna. Objawu Kerniga brak, sztywności karku brak. Lekki dermografizm czerwony. Na głowie liczne siwe włosy. Gałki oczne błyszczące, prawie nie mrugają, prawa przy konwergencji odbiega. Nie słyszy dobrze na prawe ucho. Przy badaniu stawia pewien opór, mówi, że jest zdrowa, że nie trzeba jej

badać, lekarz nie zna się na tem. Personalja podaje dobrze. Jest w szpitalu Dz. Jezus dla warjatów. W czasie i otoczeniu jest zorjentowana. Uważa się za zdrową.

Tatuś ją tu przyprowadził, po co—nie wie. W nocy spała, zwidywań nie miewa, ale jak była zatruta, to wtedy miała mgłę przed oczami. Zatruła się sama, gdyż zażyła dużo lekarstwa, pastylek przeciw gorączce, które jej zapisał lekarz. Wtedy była oszołomiona i wtedy też zdarzył się jedyny wypadek, że usłyszała jakiś głos do ucha, choć nikogo nie było w pokoju. To były jakieś słowa, których nie rozumiała. Czy ją ktoś prześladuje? Chyba nie. Tatuś jest niedobry, dokuczał matce. Tatuś jest urzędnikiem magistratu Do szkoły chodziła krótko, skończyła 3 $^{1}/_{2}$ klasy, dalej się nie uczyła, bo były złe warunki. Pierwszy perjod miała 13-ym roku życia, w parę lat potem zaczęła chorować na płuca, miała podwyższoną temperaturę. Matka jest zdrowa (zmarła 2 lata temu) ojciec ma starą gruźlicę, siostra jest zdrowa, ale pluje. Nie wie, kiedy zaczęła się obecna choroba, jest zdrowa. Chciałaby mieć córkę. Tu w szpitalu jest także jej ojciec i siostra. Nie widziała ich, ale wisi palto na wieszaku, to napewno palto jej ojca.

22.III. Mamusia chciała ją otruć, za dużo lekarstw brała, kodeinę brała w kroplach, zamiast 15 wzięła 65 kropli, sama sobie jest winna. Po truciźnie też nie mogła spać, już po pierwszym proszku straciła przytomność; co chciała to jej w domu dawali, była nieprzytomna i poprosiła o kodeinę, zatruła się temi proszkami i kroplami. Po 65 kroplach kodeiny była nieprzytomna, miała nadzwyczajny apetyt, jadła i w nocy, zaczęła mówić nieprzytomnie, bredziła w nocy. Dostawała ataku nerwowego zęby jej szczękały; zapytuje, czy panowie są religijni, ona też jest religijna, żyje przez to, że ma wiarę, kocha P. Jezusa. O 9-ej godzinie, uczuła... Jeszcze teraz jest nieprzytomna, ale się myli. W nocy mówiła bez sensu. Miała głos wewnętrzny, natchnienie, aby odrzuciła lekarstwa, to będzie żyć, pragnie żyć, uśmiecha się jej życie, ma przyszłego narzeczonego. Prosiła P. Jezusa, aby pozostać na ziemi i dlatege nie umarła. Pluje dlatego, że zakonnica dała jej lekarstwo. Głos wewnętrzny słyszała dawno, może już miesiąc temu w niedzielę. Często ma te głosy wewnętrzne, w duszy słyszy (wskazuje na dołek podsercowy). Gdy szczękała zębami, dreszczy nie miała, wówczas wyrwał się jej krzyk: Boże weź mnie do siebie. Miała łaski od Boga, ale mężczyźni tego nie rozumieją, ojciec jej też tego nie rozumiał, ściskał ją za rękę i płakał. P. Jezus obdarza ją łaskami, gdy prosi, to P. Jezus daje jej wszystko. Spostrzegła to w tem otruciu. Pachniała trupem, miała oleje święte. Raz jeden zesztywniała zupełnie, to było udane konanie, nie bała się tego. Jak kaszle, to wypite lekarstwa wychodzą w powietrze. „Gdzie moja siostrzyczka? Pan przecież powiedział, że ona tu jest. Pewnie poszła zobaczyć Warszawę".

24. III. Objawów oponowych brak.

26. III. Dużo śpi, tętno 120. Duszność, obfita ropna plwocina.

28. III. Subjektywnie czuje się lepiej. Stan ciężki.

29. III. Zmarła o godz. 8 rano.

Rozpoznanie kliniczne: Konstytucja leptosomiczno-dysglandularno-schizoidalna. Tbc. pulmonum. Tbc. intestinorum(?). Łagodny i zmienny stan majaczeniowy z lekkiem zamroczeniem. Leptomeningitis tbc. (?). Niedosłyszenie na prawe ucho.

Rozpoznanie anatomopatologiczne. Infiltratio adiposa degenerativa myocardii. Hypoplasia cordis et vasorum. Hydrothorax, hydropericardium, hydrocephalus externus. Anasarca extr, infer. Tuberculosis cavernosa et fibrosa loborum super, praecipue pulmonis dextri. Tuberculosis acinioso-nodosa loborum infer. et lobi medii pulmonis dext. Bronchiectasiae multiplices pulmonis utriusque. Ulcera tuberculosa coeci. Catarrhus mucosus tractus digestivi. Tracheo-bronchitis mucopurulenta.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony bardzo zgrubiałe, szczególniej w okolicy bruzd, zgrubienie to zależne jest od wielkiego rozrostu włókien łącznotkankowych, pomiędzy któremi widoczne są oprócz komórek oponowych w sporej ilości limfocyty i nieco mniej makrofagów oraz sporo komórek o jądrach wydłużonych owalnyach bladych, które posiadają czasem protoplazmę o budowie podobnej do protoplazmy makrofagów (Polyblasty); większych skupień komórek w postaci nacieków ani w naczyniach ani w tkance opon nie stwierdza się. W świetle niektórych naczyń widać skupienia komórek, składających się z limfocytów i ciałek przejściowych, wypełniające prawie całe światło naczynia, w środku i na obwodzie, a także w części skupienia, przylegającej do ścianki naczynia widać parę komórek naczyniowych,

Powierzchnia kory nierówna, na przekroju widać wgłębienia. V-a warstwa zawiera zwiększoną ilość komórek glejowych, wśród nich znajduje się dużo komórek o jądrach podłużnych lub nieprawidłowych, szczególniej w jej części, położonej bliżej opon, w niektórych naczyniach tej warstwy, przeciętych poprzecznie widać zwiększoną ilość komórek śródbłonkowych, a w paru miejscach komórki te wypełniają prawie całe światło naczynia. Budowa kory naogół zachowana, poszczególne warstwy daje się rozróżnić, widoczne tylko są luki, pochodzące z wypadnięcia komórek nerwowych we wszystkich warstwach, poczynając od warstwy II-ej w dół Komórki nerwowe prawie wszystkie zmienione, widać tu najrozmaitsze rodzaje zmian (ostra, chroniczna, ciężka) widoczne są cienie komórek nerwowych. Rozrost poczynając od III-ej warstwy kory wdół. Znaczne stłuszczenie komórek nerwowych. Preparaty Hortegi i Cajala nie dały należytego wyniku.

Zwój środkowy przedni. Opony zgrubiałe, obraz taki sam jak w płacie czołowym, przeważają w nich włókna łącznotkankowe, widoczne są komórki o wyglądzie i wzajemnym stosunku takim jak w płacie czołowym. Ścianki naczyń nie są nacieczone. natomiast przylegają do nich zwewnątrz i zzewnątrz bezkształtne masy substancji, barwiących się hematoksyliną na czarno. W korze obraz taki sam, jak w płacie czołowym, a oprócz tego w naczyniach niektórych przeciętych podłużnie widać komórki śródbłonkowe duże i blade.

Zwój środkowy tylny. Zmiany jak w płacie czołowym z tą różnicą, że w warstwie V-ej i III-ej luki przechodzące z zaniku komórek nerwowych są znacznie większe, a zgrubienie mniej znaczne.

Calcarina. Opony zgrubiałe w stopniu nieco mniejszym, niż u poprzednio opisanych okolicach. Zmiany w komórkach nerwowych mniej wyrażone. Ilość komórek glejowych zwiększona w warstwie III-ej, gdzie widoczne są miejscami cienie komórek nerwowych, przy których widoczne są satelity, a miejscami rozetki z komórek glejowatych, w tejże warstwie ilość komórek nerwowych jest zmniejszona, Tłuszczu w komórkach nerwowych bardzo niewiele, w glejowych go nie widać w naczyniach widoczny.

W moście opony nieco zgrubiałe z powodu rozrostu w nich włókien łącznotkankowych, brak w nich nacieków, gdzieniegdzie pojedyncze limfocyty, brak makrofagów. Komórki nerwowe mało zmienione, w niektórych początek rozpadu ziarnistości Nissla, niektóre z nich są ciemne z jądrem przemieszczonem ku obwodowi, Naczynia w tkance nerwowej zmian nie wykazują.

W móżdżku opony zmian nie wykazują, brak ich zgrubienia, nie widać również nacieków, tylko w niektórych naczyniach na preparatach van Giesona widać masy czarne bezkształtne przylegające od wewnątrz do ścianek naczyń i umiejsco-

wione w samych ściankach. Widoczne wypadnięcia komórek Purkinje'go, niektóre z nich blade z ziarnistością Nissla w rozpadzie.

W rogu Amona opony zmian nie wykazują, nacieki ani zgrubienie ich nie są widoczne. Prawie wszystkie komórki subiculum wydłużone, wypustki ich widoczne na dalekiej przestrzeni, jednak jądra ich nie są powiększone, raczej skurczone, przeważnie ciemno zabarwione, jąderka często o konturach nieprawidłowych, otoczki jąder widoczne, często bardzo intensywnie zabarwione i jakby zgrubiałe. Ziarnistość Nissla w rozpadzie, protoplazma komórek nerwowych jest bledsza na miejscu wychodzenia z komórki górnej wypustki i około jądra, w niektóych (miejscach) szczególniej w dolnej części protoplazmy lub też u górnego bieguna jądra w protoplazmie komórki widoczne są cząstki pozostałe z rozpadu ziarnistości Nissla, które w postaci grudek ciemnych przez swe ciemniejsze zabarwienie odcinają się wyraźnie od pozostałej bledszej części protoplazmy komórki. Te pozostałe części protoplazmy, w których ziarnistości Nissla niema wskutek jej rozpadu, mają wygląd drobnoziarnisty, są blade a miejscami widoczne są wyświetlenia, zupełnie pozbawione jakiegokolwiek zabarwienią, i mieszczące się w górnej lub dolnej części protoplazmy, bliżej lub dalej od jądra, lub też na zewnętrznym brzegu protoplazmy. Zdarzają się również komórki zupełnie blade, w których jądro jest zupełnie niewidoczne lub widoczne tylko jąderko, a protoplazma fragmentaryzowaną w stanie rozpadu. Zrzadka spotykają się komórki nerwowe przy których widoczne są inkrustacje naokołokomórkowe. Glej przeważnie w stanie rozrostu, komórki glejowe o jądrach dużych jasnych, często widoczne są rąbki protoplazmy przy jądrach glejowych. Komórek Hortegi dość dużo. Nacieków naczyniowych niema. Dość dużo satelitów, często spotykamy komórki glejowe, ułożone na komórkach nerwowych

Wyściółka dolnego rogu komory bocznej posiada przeważnie bardzo dużo warstw komórek nabłonkowych' pomiędzy któremi znajdują się w sporej ilości drobne komórki ciemno zabarwione, o jądrach kształtu nieprawidłowego, o rysunku bardzo rozmaitym, przeważnie podłużnych, protoplazma tych komórek wydłużonych jest niewidoczna (Hortega). Po obu stronach rogu w jego ścianach i na dość dużej przestrzeni wgłąb tkanki mózgowej widoczna jest spora ilość komórek Hortegi, w niektórych miejscach widoczne są ich skupienia w większej ilości, a w śród nich zwiększona ilość komórek glejowych oraz nieco limfocytów. Miejscami w ścianach rogu brak komórek ependymalnych, i w tych miejscach widać zwiększoną ilość komórek glejowych, wśrod których widoczne są komórki Hortegi. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowsky'go niewidać w subiculum włókienek wewnątrzkomórkowych. komórki nerwowe przeważnie ciemne, w niektórych widoczne są wśród miejsc jaśniejszych ziarenka argentofilne.

Wyspa. Opony nieco zgrubiałe, widoczne w nich w nieco zwiększonej ilości włókna łącznotkankowe, naczynia rozszerzone, w niektórych naczyniach skupienia komórkowe składające, się z limfocytów i ciałek przejściowych. Nacieków i makrofagów w oponach niema

Budowa kory zachowana, warstwy poszczególne wyróżniają się wyraźnie, w I-ej warstwie widać zwiększoną ilość komórek Hortegi, w III-ej i V-ej warstwach zmniejszona ilość komórek nerwowych, tamże zwiększona ilość satelitów i widoczne cienie komórek nerwowych, zmiany w komórkach nerwowych takie jak w innych miejscach kory, nacieków w naczyniach w korze niema, w niektórych naczyniach średniej wielkości w I-ej warstwie widoczne jest bujanie śródbłonka, a w drobnych naczyniach w tejże warstwie są komórki śródbłonka duże i blade.

W jądrach podstawy poza zmianami w komórkach nerwowych, podobnem, do zmian w korze, nic szczególnego nie stwierdza się, w łupinie może więcej satelitów niż w tych okolicach kory, w których ilość ich jest zwiększona. W naczyniach komory III-ej w miejscach badanych nic szczególnego nie przedstawia. Badanie skrawków z miejsc wyżej opisanych metodą Ziehl-Neelsena nie wykazało obecności prątków kwasoodpornych.

Przypadek powyższy pod względem klinicznym dotyczy panny, u której w okresie pokwitania rowinęła się gruźlica, a w 25-ym roku życia przy wysokiej temperaturze i dosyć daleko rozwiniętej gruźlicy zaczęły się zaburzenia psychiczne pod postacią lekkiego stanu majaczeniowego, a oprócz tego wystąpiły wyraźne urojenia prześladowcze, głosy wewnętrzne, natchnienia, poczucie posiadania łaski P. Jezusa, sporadycznie występowało podniecenie. Pod względem neurologicznym stwierdzono średnio wydatną reakcję żrenic na światło, lekki dermografizm czerwony, objawy nadczynności tarczycy, a nie stwierdzono zupełnie żadnych objawów oponowych. Ze względu na daleko posuniętą gruźlicę, na zabarwienie majaczeniowe w obrazie stanu psychicznego, oraz na ciężki stan fizyczny, myślano o zajęciu opon przez proces gruźliczy, nie zdecydowano się jednak na dokonanie nakłucia lędźwiowego wobec ciężkiego stanu fizycznego chorej. Po 4-ch tygodniach choroby nastąpiło zejście. Sekcja stwierdziła daleko posuniętą sprawę gruźliczą w płucach i w przewodzie pokarmowym oraz hydocephalus externus, a obok tego hypoplasia cordis et vasorum, hydrothorax, hydropericardium. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono wybitne zgrubienie opony miękiej w płacie czołowym i zwoju środkowym przednim, mniejsze w zwoju środkowym tylnym, w calcarina, brak zgrubienia w móżdżku, rogu Amona, niewielkie w moście. Zgrubienie opon zależne jest od rozrostu włókien łącznotkankowych, nacieków wybitnych w oponach nie stwierdza się, widoczne są miejscami limfocyty oraz komórki o jądrach podłużnych z protoplazmą podobną do protoplazmy makrofagów, prawdopodobnie naczyniowego pochodzenia; większych skupień komórek nacieczeniowych niema. W tkance nerwowej znaleziono różne zmiany w komórkach nerwowych, cienie komórek nerwowych oraz luki z powodu wypadnięcia ich w płacie czołowym we wszystkich warstwach, zaś w innych płatach w warstwach III-ej i V-ej, najwyraźniej w zwoju środkowym tylnym. Obraz zmian w komórkach nerwowych w subiculum nosi pewne cechy ostrej zmiany *Nissla* oraz zmiany cechy opisanej przez *Nissla* jako „Nervenzellschwund", które to zmiany, jak podaje *Jacob*, trudno dają się od siebie odróżnić. Podobne zmiany znalazł *Rozental* w przypadku otępienia wczesnego. Dalej należy w naszym przypadku podkreślić zgrubienie war-

stwy komórek ependymalnych w dolnym rogu komory bocznej, miejscami brak tych komórek w tej okolicy oraz znaczne zwiększenie ilości komórek Hortegi w tychże okolicach, miejscami dochodzące do tworzenia większych ich skupień. Ilość komórek Hortegi w pierwszej warstwie kory we wszystkich okolicach badanych jest wszędzie zwiększona. Wreszcie znaleziono w naszym przypadku proliferację śródbłonka średnich naczyń mózgu w I-ej warstwie kory, cechy bujania śródbłonka w postaci zwiększenia objętości i zblednięcia komórek śródbłonkowych drobnych naczyń kory i skupianie się różnokształtnych mas, barwiących się hematoksyliną na czarno przy i w samych ściankach naczyniowych opon. Mamy więc do czynienia w naszym przypadku ze schorzeniem organicznem mózgu i opon, które może być oceniane w rozmaity sposób. Mianowicie można przypuścić, że zmiany w oponie miękiej są wyrazem działania na nie toksyn, obecność których w danym przypadku jest bardzo prawdopodobna ze względu na daleko posunięty proces gruźliczy; zmiany w naczyniach i w komórkach nerwowych mogły być spowodowane przez ten sam czynnik toksyczny.

Drugą możliwością mogłoby być zapalenie opon spowodowane przez ten sam czynnik chorobowy, brak nacieków możnaby wytłumaczyć zmniejszoną odpornością ustroju wskutek długiego trwania procesu gruźliczego. Przeciwko temu drugiemu przypuszczeniu przemawia brak prątków w tkankach. W każdyn razie mamy w danym przypadku do czynienia z psychozą objawową, spowodowaną prawdopodobnie przez gruźlicę, a bezpośrednio przez proces oponowy. Zmiany w oponach i w naczyniach byłyby momentem, ułatwiającym przenikanie toksyn do tkanki nerwowej i powodującym zmiany w komórkach nerwowych.

Przypadek VI. T. K. 27 l.

Przybył do kliniki psychj. 9.V. 1923 r. Wypisany 4.VI. 1923 r.

Przybył do kliniki chorób nerwowych 3 III. 1924 r. Zmarł 12.IV. 1924 r.

Historja choroby z kliniki psychjatrycznej w streszczeniu.

Obarczenia dziedzicznego niema. Chory rozwijał się prawidłowo, uczył się dobrze. Skończył 4 klasy gimnazjum i kursa młynarskie. W dzieciństwie nie chorował. Chorób wenerycznych nie przechodził. Naogół bardzo spokojny, zawsze normalny, wódki pija bardzo mało, od roku zupełnie nie pije. Obecnie zachorował przed 2 tygodniami, po otrzymaniu od narzeczonej, która się leczyła w Zakopanem, telegramu, że stan zdrowia jej nieco się pogorszył. Wiadomością tą przejął się tak, że chwycił nóż i chciał sobie poderżnąć gardło. Przestał pracować około 20.IV., ponieważ otrzymał urlop do 18.V. Już na początku urlopu zdradzał pewne objawy zdenerwowania, był zły. Często wychodził z domu, bo go wszystko denerwowało. W domu nie chciał powiedzieć nikomu, dlaczego jest zdenerwowany. Sypiał źle, nic nienormalnego nie mówił, wogóle od paru tygodni zrobił się małomówny, żadnych

halucynacji jakoby nie miał. W ostatnich dniach jednak zdawało mu się, że chodzą za nim jacyś detektywi, którzy nie pozwalają mu wysłać depeszy do narzeczonej. W stosunku do rodziny nie zmienił się. Potym, jak się skaleczył nożem w szyję, przepraszał rodziców, twierdząc, że zrobił to wskutek zdenerwowania. W ostatnich dniach był bardzo przygnębiony, często płakał i prawie wcale nie rozmawiał. Narzeka na bóle głowy, ale dopiero w ostatnich dniach.

St. obecny. Klatka piersiowa płaska, długa, pozatem budowa prawidłowa o typie leptosomicznym, odżywienie upośledzone. Szczyt lewego płuca nieco obniżony, pozatem granice prawidłowe, odgłos wypukowy w przestrzeni międzyłopatkowej po stronie prawej przytłumiony, w szczycie po stronie prawej bębenkowy, pozatem odgłos jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe, w szczytach wydech wydłużony, pod obojczykiem po obu stronach wilgotne rzężenie. Granice serca prawidłowe, tony czyste, tętno 80, miarowe, równe, dobrze napięte. Brzuch niebolesny. Wątroba wyczuwa się na palec pod łukiem. Śledziona niepowiększona. Odruchy ścięgnowe i skórne żywe. Babiński i Oppenheim ujemne. Źrenice równe. Oddziaływują dość dobrze. RW. z krwią ujemna. W moczu zmian niema.

Podaje imię i nazwisko, wiek, zajęcie. Znajduje się w szpitalu Dz. Jezus. To jest szpital dla wszystkich chorych. Przybył wczoraj (dobrze). Nie wie, jaki dzień. Miesiąc maj 7 (10). Rok 1923. Lekarza nazywa doktorem. Przedstawiło mu się, że go zmora dusi, słyszał za uszami głos jakiś, któr7 mówił, że wojna jest, który zawsze przeklinał, kogo nie wie. Głos ten słyszy od czasu, jak miał urlop, ale już i przedtym słyszał również. Urlop dostał 15.IV. b. r. Ludzie są dobrzy dla niego, nikt go nie prześladuje, ale w biurze wydawało mu się, że go hypnotyzują wzrokiem. Dlaczego to robiono, nie zdaje sobie sprawy. Czy elektryzowano go, tego nie pamięta. Urlop wziął dlatego, że był zmęczony i chciał odpocząć. Jak był w domu, to chodzili za nim detektywi i męczyli go. Mówili, że oni dla iluzjonu grają. Było ich bardzo dużo. Narzeczoną kocha, ona również go kocha, sądzi, że go nie zdradza. Rodziców swoich również kocha, są dobrzy dla niego. Gdzie jest obecnie narzeczona, nie wie, mówili, że jest w Warszawie, to znów w Zakopanem, pisała do niego, ale już bardzo dawno. Życie chciał sobie odebrać, ponieważ nie powiedziano mu, gdzie ona się znajduje. Na cięższe choroby nie chorował, ale czasem bywał chory, kawalerskich chorób nie przechodził. Uczył się dobrze. Nie może sypiać od czasu, jak dostał urlop. W domu zawsze go zmora dusiła, tutaj znów przeklinają. Chory odpowiada na pytania powoli, monotonnym głosem, siedzi cały czas w jednej pozycji. Zachowanie się zupełnie obojętne. Dalszy przebieg choroby nie wykazuje żadnych zmian, chory stale leży w łóżku, niczem się nie interesuje. W dniu 4.VI. 1923 r. zostaje zwolniony z rozpoznaniem Dementia paranoides. Tbc pulmonum.

Historja choroby z kliniki chorób nerwowych w streszczeniu.

Chory od 2 tygodni. Potknął się i upadł, zaczęły dokuczać bóle głowy i szyi. Stopniowo pogarszało się i wystąpiła sztywność karku. Cały czas leżał w łóżku, chodzić nie mógł z powodu osłabienia. W roku zeszłym w maju przechodził chorobę nerwową, chwilami był nieprzytomny. miał bóle głowy. Chorował 5 miesięcy, 1 m. w szpitalu Jana Bożego, potym 4 miesiące w domu. Przez następne $^1/_2$ roku pracował i czuł się zdrów, leczył się jednak przez cały czas na chorobę płucną, od kilku lat miewa kaszel, wychudzenie, poty nocne, krwioplucie, podniesioną ciepłotę wieczorami. Chorób wenerycznych nie przechodził. Gorączkuje stale od 5—6 dni, najwyższa temperatura wynosiła 38,5. Cierpi często na rozwolnienie, mocz oddaje z trudem. Nakłucie lędźwiowe w domu 1.II. 24 r. (dr. Zamecki): barwa cytrynowa, płyn wydobywa się pod dużym ciśnieniem, białko 2,6 $^0/_{00}$, N.—Ap. dodatni, ciaiek bia-

łych 120 w 1 m³, przeważają limfocyty. Badany sprawia wrażenie ciężko chorego, nie opuszcza łóżka. Ułożenie ciała en chien de fusil. Od czasu do czasu jęczy. Anemiczny, wychudzony, blady, sztywność karku, wybitny Kernig, tętno 80, temperatura wieczorem powyżej 37. Od 3 dni nie miał wypróżnienia. Od czasu do czasu wymioty i nudności. Prawa źrenica może nieco większa od lewej. Reakcja na światło i przystosowanie obustronnie zachowana. Przy spojrzeniu na boki obustronnie, a więcej w lewo oczopląsowate ruchy o szerokich odchyleniach (może zaznaczona pareza spojrzenia). Poza tem nerwy czaszkowe bez zmian. Siła kkgg. obustronnie dobra. Adiadochokinezy brak. Próba palec—nos może po prawej nieco ataktyczna (?). Odruchy ścięgnowe i okostnowe prawidłowe, równe. Brzuch nieco wciągnięty. Przetrwały odczyn dermograficzny czerwony. Odruchy brzuszne żywe obustronnie, tak samo z kremasterów. Hypotonja obu kkdd. siła obustronnie osłabiona, względnie jednakowo, próba pięta—kolano wybitnie ataktyczna. Odruchy kolanowe obustronnie równe. Odruchy ze ścięgna Achillesa obustronnie równe. Obustronnie prędko wyczerpujący się objaw stopowy. Odruchów Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechterewa brak. Niepewny objaw Rossolimo po stronie lewej. Czucie głębokie zachowane. Chód nieco ataktyczny, przy staniu i próbie chodzenia uskarża się na ból w plecach, karku i kkdd.

5.IV. nakłucie lędźwiowe: płyn jasno-kanarkowy, ciśnienie nieco wzmożone, płyn wycieka bardzo częstemi kroplami, N.-Ap. wybitnie dodatni, białko 2,5 ⁰/₀₀, ciałek białych 214 w 1 m³, przeważnie limfocyty, pojedyńcze czerwone ciałka, RW—dodatnia.

6.IV. W 6 godzin po punkcji chory dostał zamroczenia, zaczął się zrywać z łóżka, uciekać; wszelkie pytania zostawia bez odpowiedzi; siedząc w łóżku cały czas przebiera palcami, jakby oglądając i czyszcząc paznokcie; t. 38,0.

7.IV. Przez noc chory zrywał się często z łóżka, usnął nad ranem po injekcji.

10.IV. Chory zamroczony na pytania nie odpowiada, zlecenia lekarza jednak wykonuje. Moczu sam nie oddaje, wypuszczono kateterem, mocz barwy krwawej. Badanie moczu: ślad białka, cukier, barwa ciemno-czerwona, osad — pole widzenia usiane czerwonemi ciałkami krwi, ciałek białych 10—12 w polu widzenia, pojedyńcze płaskie nabłonki.

10.IV. Mocz wypuszczony kateterem, krwawy, chory nadal nieprzytomny. Tętno drobne miękie, 160 na minutę. Brzuch silnie wzdęty, bolesny na ucisk. Sztywność karku, Kernig wybitnie dodatni. RW — ujemny.

Prątków Kocha nie znaleziono.

12.IV. Zmarł o godz, 9.

Rozpoznanie kliniczne: Meningitis tbc., Tbc pulmonum, Haematuria.

Rozpoznanie anatomopatologiczne: Meningitis tbc. basilaris. Hydrocephalus internus inflammatorius. Tubercula miliaria plexus chorioidei ventriculi tertii. Tbc. miliaris pulmonum, lienis et renum. Cavernae tbc pulmonum. Peribronchitis tbc. pulmonis sin. Induratio lobi superioris pulmonis utriusque. Bronchiectasia lobi superioris pulmonis dextr. Ulcera tbc coeci et intestini crassi. Ulcus tbc tracheae. Pyelitis haemorrhagica. Ulcera superficialia mucosae vesicae urinariae. Incrustatio mucosae vesicae felleae. Adhaesiones pleurales et peritoneales.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony nieco zgrubiałe, przeważnie widoczne w nich włókna łącznotkankowe, nieco limfocytów, które jednak nie skupiają się w grupy, nacieków naczyniowych niema. W korze w I-ej warstwie zwiększona ilość komórek Hortegi o jądrach pałeczkowatych lub wydłużonych nieprawidłowego

kształtu. Budowa kory naogół zachowana, warstwy poszczególne dają się rozróżnić luki w warstwach III-ej i V-ej, w których oprócz tego widoczne są cienie komórek nerwowych, wszystkie prawie komórki zmienione, pozbawione barwika, blade, o jądrach bladych, niejasno odcinających się od protoplazmy komórki. Glej w stanie rozrostu, dużo satelitów poczynając od warstwy III-ej wdół, na preparatach Weigerta astrocytów nie widać, a na preparatach Dreszera widocznie daleko posunięte amebowate przeistoczenia astrocytów. Naczynia w korze wolne od nacieków, w niektórych drobnych naczyniach widoczne są komórki śródbłonkowe blade i duże.

Zwój środkowy. Opony nacieczone w stopniu daleko większym, niż w płacie czołowym, w naczyniu żylnem cała ścianka przepojona komórkami nacieczeniowymi wśród których przeważają limfocyty, polyblasty i nieco komórek plazmatycznych. W korze mózgowej powierzchnia nierówna, zmiany w korze takie jak w płacie czołowym z tą różnicą, że w I-ej warstwie oprócz dużej ilości komórek Hhortegi tuż na powierzchni widoczne jest duże skupienie komórek o jądrach różnego kształtu z protoplazmą, która w jednych jest widoczna, w innych niewidoczna, a wśród nich dają się odróżnić limfocyty, komórki Hortegi, nieco komórek plazmatycznych, oraz rozmaite postaci polyblastów aż do wyraźnie zróżnicowanych makrofagów. Skupienie to zajmuje sam brzeg kory i ma kształt pasa o różnej grubości w swoim przebiegu. Glej i naczynia w korze zachowują się tak samo jak w płacie czołowym.

Płat skroniowy. Opony bardzo grube, nacieki w nich duże, składające się z limfocytów i dużej ilości markofagów, grupują się przy naczyniach, przepajają ścianki żył prawie w całości, a w tętnicach otaczają je, nie zajmując ich ścianek. Powierzchnia kory nierówna, w I-ej warstwie zwiększona ilość komórek glejowych, oraz dużo komórek Hortegi z jądrami wydłużonemi, miejscami widoczne są skupienia komórek Hortegi, jednak mniejsze, niż w zwoju środkowym. Zmiany w komórkach nerwowych co do jakości takie, jak w płatach wyżej opisanych z tą różnicą, że nie widać wyraźnych luk. Naczynia w tkance mózgowej nacieków nie zawierają. Glej wykazuje rozrost we wszystkich warstwach. Na preparatach Weigerta w warstwie I-ej widocznych jest nieco astrocytów, w innych warstwach kory i w istocie białej widoczne jest amebowate przeistoczenie astrocytów.

Calcarina. Nacieki w oponach nie bardzo duże, mniejsze niż w płacie skroniowym, zachowują jednak swój charakter pod względem swych składników morfotycznych, widoczne są w nich przeważnie limfocyty, mniej makrofagów i nieco komórek plazmatycznych. Zmiany w korze w komórkach nerwowych, gleju i naczyniach takie jak wyżej.

Móżdżek. Opony bardzo grube, rozrost w nich włókien łącznotkankowych, bardzo duże nacieki, w których widoczne są limfocyty, makrofagi, komórki plazmatyczne. W warstwie drobinowej móżdżku widać bardzo dużo komórek pałeczkowatych, w jednym miejscu widoczne jest skupienie dość duże komórek, idące od powierzchni, które pod małym powiększeniem przedstawia się w postaci klina, podstawą zwróconego ku powierzchni móżdżka, w którym to klinie najgęściej skupione są komórki u jego podstawy, a rzadziej na wierzchołku; na obwodzie tego klina widoczne są nieco rzadsze skupienia komórek, a jeszcze dalej ku obwodowi widać szereg przekrojów naczyń wyraźnie nacieczonych. Pod większym powiększeniem widać, że podstawa klina składa się przeważnie z limfocytów, a w mniejszej mierze komórek Hortegi i polyblastów, spotykają się również i wyraźnie zróżnicowane makrofagi; na wierzchołku klina, gdzie komórki ułożone są rzadziej, widać mniej limfocytów, a więcej komórek Hortegi, makrofagów nie widać zupełnie; na obwodzie widać komórki glejowe z mniejszą lub większą ilością widocznej protoplazmy, za-

barwionej na preparacie Nissla oraz liczniejsze niż w innych okolicach komórki Hortegi; naczynia pod dużym powiększeniem wykazują powiększenie komórek śródbłonkowych oraz zawierają limfocyty i nieco komórek plazmatycznych. Komórki Purkinje'go wszystkie blade, ich ziarnistość Nissla w rozpadzie, widać liczne ich wypadnięcia. W robaku zmiany jak w móżdżku z tą różnicą, że nacieków w tkance nerwowej niema.

W rdzeniu przedłużonym opony bardzo grube, dużo w nich włókien łącznotkankowych oraz bardzo duże nacieki z limfocytów i makrofagów, znajdujące się w ściankach naczyń oponowych (żył) oraz poza naczyniami. W tkance nerwowej na brzegu rdzenia tuż pod oponą widać bardzo duże skupienia komórek Hortegi, w których miejscami znajdują się komórki glejowe, a tuż pod oponą widoczne są w nich większe ilości limfocytów. Komórki nerwowe jąder rdzenia przedłużonego wykazują rozmaite rodzaje zmian. Naczynia w tkance nerwowej przeważnie wolne od nacieków, tylko na brzegu szczególnie w okolicy wyżej wspomnianych skupień komórek Hortegi widać niektóre naczynia nacieczone limfocytami.

W moście opony grube również, zawierają włókna łącznotkankowe i duże nacieki o charakterze takim jak w rdzeniu przedłużonym. Również widoczne są nacieki w kilku naczyniach pod oponą w tkance nerwowej.

W jądrze ogoniastym komórki blade, dużo przy nich satelitów, widać cienie komórek nerwowych, często rozetki z komórek glejowych na miejscu resztek komórek nerwowych.

Wzgórek wzrokowy. Komórki nerwowe przedstawiają różne zmiany, satelitów mniej, niż w jądrze ogoniastym, komórki glejowe wszystkie prawie ciemne, małe. Wyściółka komory III-ei miejscami nieco zgrubiała, miejscami na niewielkich przestrzeniach nie widać komórek ependymalnych; pod wyściółką widoczne są skupienia komórek glejowych, w których obok zwiększonych ilościowo i pod względem swej wielkości komórek glejowych, posiadających blade jądra, widoczne są komórki Hortegi oraz polyblasty, z których niektóre wyraźnie zróżnicowane są jako makrofagi. W miejscu takiego skupienia widoczny jest brak komórek ependymalnych a w innych miejscach widać złuszczone komórki ependymentalne oraz masy niewielkie włóknika.

Ściana II-ej komory wykazuje miejscami zgrubienie wyściółki, a pod nią widać bardzo dużo komórek Hortegi, zwiększona ilość w tym miejscu komórek glejowych.

Przypadek powyższy dotyczy mężczyzny l. 27, budowy leptosomicznej, dotkniętego gruźlicą, który na rok przez zejściem śmiertelnem przeszedł psychozę, w której wykazał urojenia natury prześladowczej, hypnotyzawano go, śledzono, miał hulucynacje słuchowe, niezupełnie orjentował się, wskazywał zobojętnienie; po 5 miesiącach psychoza przeszła i chory wrócił do pracy. Podczas tej psychozy nie stwierdzono żadnych objawów neurologicznych, chory narzekał tylko na bóle głowy. W rok potem po upadku dostał bólów głowy i szyji, stopniowo stan jego pogarszał się, wystąpiły objawy oponowe, punkcja lędźwiowa dała płyn kanarkowy, pod dużym ciśnieniem, N. — A. wybitnie dodatni, białko 2,5‰, ciałek białych 214 w 1 mm^3, przeważnie limfocyty. W 6 tygodni po wystąpieniu bólów

głowy po upadku chory zmarł, na tydzień przed zejściem wystąpiło zamroczenie, stale potęgujące się. Badanie sekcyjne w danem przypadku potwierdziło rozpoznanie kliniczne kliniki neurologicznej, stwierdzając gruźlicze zapalenie opon i gruźlicę płuc. Oprócz tego znaleziono prosówkę splotu naczyniowego w komorze III-ej, prósówkę płuc, śledziony i nerek, obok innych zmian w różnych narządach wewnętrznych. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono nacieki opon oraz rozrost włókien łącznotkankowych, przytem nacieki największe na podstawie mózgu w oponach mostu i móżdżka, duże w płacie środkowym i skroniowym, mniejsze w calcarina, a w płacie czołowym brak nacieków, natomiast duży rozrost włókien łącznotkankowych, wśród których nieco limfocytów, nie tworzących jednak skupień. W naciekach przeważają limfocyty, znajdują się w nich makrofagi i w mniejszej ilości komórki plazmatyczne. Ścianki żył przeważnie w całości przepojone są komórkami nacieczeniowemi, tętnice mają ściany wolne od nacieków. W korze rozmaite zmiany w komórkach nerwowych, a w warstwie III-ej i V-ej luki z powodu wypadnięcia komórek nerwowych w płacie czołowym i środkowym. Glej w stanie rozrostu we wszystkich warstwach kory w szczególności w I-ej warstwie, a także w tych częściach rdzenia przedłużonego i mostku, które przylegają do opon, i w ścianach III-ej i bocznych komór. W miejscach wyżej wymienionych oprócz zwiększonej ilości komórek glejowych także zwiększenie ilości komórek Hortegi. Astrocyty widoczne tylko w I-ej warstwie w płacie skroniowym, w innych warstwach tego płatu i w innych miejscach badanych ich niema, a w istocie białej wszędzie amebowate przeistoczenie astrocytów. Naczynia tkanki nerwowej naogół nie zawierają nacieków, tylko w warstwie drobinowej móżdżka, moście i rdzeniu przedłużonym widoczne są niewielkie nacieki w naczyniach i w związku z naczyniami, a w zwoju środkowym w I-ej warstwie i w ścianie III-ej komory pod samą ependymą widoczne są skupienia komórek glejowych, komórek Hortegi, polyblastów i nieco mikrofagów; skupienia te znajdują się na samym brzegu tkanki nerwowej tuż pod oponą, względnie pod ependymą. Ependyma wskazuje w niektórech miejscach zgrubienie, łuszczenie się komórek, miejscami brak ich, oraz nieco włóknika na powierzchni. Przypadek powyższy wykazuje więc naogół te same zmiany mikroskopowe, co przypadki wyżej opisane z tą jednak różnicą, że w tamtych przypadkach nie było tych nacieków w tkance nerwowej, jakie tu są obecne.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon, jakkolwiek nie zostało potwierdzone przez znalezienie prątków w płynie mózgowordzeniowym ani też znalezienie ich przy badaniu w tkankach, jest jednak więcej prawdopodobne, niż w poprzednich przypadkach, a to ze względu na objawy oponowe, klinicznie stwierdzone, które wystąpiły po upadku u osobnika, dotkniętego daleko posuniętą gruźlicą, gdyż wiemy, że uraz w takim przypadku może spowodować wystąpienie tego cierpienia. W każdym razie mamy tu do czynienia z psychozą objawową, która wystąpiła przy zapaleniu opon pochodzenia prawdopodobnie gruźliczego. Zachodzi pytanie, czy psychoza, którą chory przebył na rok przed zejściem, która była rozpoznana jako otępienie wczesne paranoidalne, nie pozost wała w pewnym związku z zasadniczą chorobą, istniejącą w tym przypadku od szeregu lat, która doprowadziła w końcu do zejścia, mianowicie z gruźlicą. Pewne dane na potwierdzenie tego przypuszczenia istnieją zarówno ze strony znalezionych zmian mikroskopowych, jak również ze strony objawów klinicznych. Psychoza, przebyta przez chorego w 1923 r. była rozpoznana jako otępienie wczesne ze względu na zaburzenia afektywne, halucynacje słuchowe i urojenia prześladowcze; ale obok tego istniał u chorego stan pewnego zamroczenia świadomości, który się wyrażał w niezupełnie dobrej orjentacji, co może przemawiać za możliwością istnienia sprawy oponowej, za którą mogą swiadczyć również bóle głowy, notowane w tym czasie w karcie chorego. Ze strony zmian mikroskopowych mamy niejednakowy obraz w oponach, mianowicie w calcarina nacieki są znacznie mniejsze, a w płacie czołowym nacieków zupełnie niema, jest tylko zgrubienie opony miękiej z powodu rozrostu włókien łącznotkankowych. Możnaby przypuścić, że proces oponowy nie w jednym czasie opanowywał poszczególne okolice, że może w płacie czołowym rozwijał się na rok przed zejściem w czasie istnienia u chorego psychozy, że sprawa uległa poprawie, a po roku po urazie spowodowanym upadkiem, nastąpiło rozlanie się procesu chorobowego na całe opony i częściowo na tkankę nerwową mózgu.

Przypadek VII. M. M. Lat 43. Przybyła do kliniki chorób nerwowych 3.I.1927 r. zmarła 9.I. 1927 r.

Przed 10 dniami zachorowała wśród gwałtownych bólów głowy, wymiotów i wysokiej gorączki (39^0). Wezwani lekarze stwierdzili zapalenie opon i skierowali chorą do szpitala. Sama chora jest pogrążona w półśnie, na pytania odpowiada po pewnym czasie, uskarża się również tylko na bóle głowy i wymioty. Przebywa jakąś sprawę zapalną w stawie kolanowym lewym. W ciągu nocy i dziś zrana miała dwukrotnie krwotok z płuc, przeciw czemu lekarz dyżurny wstrzyknął adrenalinę a potem calcium chloratum.

St. obecny. Wzrost średni, kościec mocny, mięśnie słabe. Bardzo wychudzona. Skóra różowa, zabarwiona ciemno. Uwłosienie głowy i ciała prawidłowe. Czaszka bez zmian. Ruchy głowy prawidłowe za wyjątkiem ruchu ku przodowi. Obustronnie zaznaczona ptoza, źrenice okrągłe, równe, oddziaływują prawidłowo. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Nystagmus O. Dno—oka obustronnie neuritis optica. Nerw trójdzielny unerwia prawidłowo. Nerw twarzowy unerwia dobrze obustronnie, czasami po stronie lewej zaznaczone fajkowanie. Jamy ustnej zbadać nie można. Wybitna sztywność karku oraz wyraźny objaw Kerniga. Kręgosłup bez zmian. Kończyny górne stale ułożone ad genitalia. Ruchy oraz siła mięśni prawidłowe. Napięcie mięśniowe obniżone we wszystkich stawach. Odruchy z kości łokciowej i promieniowej nieobecne, zresztą prawidłowe. Objawów móżdżkowych zbadać nie można. Mięśnie brzucha bardzo liche, odruchów brzusznych wywołać nie udało się. Kończyny dolne mają wygląd prawidłowy, stale zgięte w stawie biodrowym i kolanowym. Ruchy i siła mięśniowa prawidłowa. Napięcie mięśniowe obniżone. Odruchy kolanowe słabe, lewy większy od prawego. Ataksji, chodu i Romberga nie badano.

Nakłucie lędźwiowe: wypuszczono około 15 cm. płynu mózgowo-rdzeniowego pod ciśnieniem bardzo wzmożonem. Płyn móżgowo-rdzeniowy opalizujący, bezbarwny, zawiera 1090 ciałek w 1 mm^3., białka 0,066%, N.—A. wyraźnie dodatni. Wobec powyższego stanu chorej ponownie wykonano nakłucie i wypuszczono jeszcze 40 cm^3. płynu mózgowo-rdzeniowego. Następnie wstrzyknięto do worka podpajęczego 50 cm^3. surowicy przeciwmeningokokkowej oraz 20 cm^3. domięśniowo. Chorą po zabiegu ułożono z podniesioną miednicą. W 4 godziny później chora zupełnie zamroczona, tętno 64, zalecono co 3 godziny ol. camphorae. Po 3 dalszych godzinach chora podniecona, zrywa się z łóżka, woła osoby nieobecne, zamroczona zupełnie. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny w płynie. Znaleziono prątki Kocha. kilka na preparacie.

5. I. Temperatura wczoraj wieczorem 38,9^0, dziś zrana 37,5^0 tętno 76, dobrze wypełnione i napięte. Zamroczenie trwa. Gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone W płucach oddech pęcherzykowy na całej przestrzeni. Serce—granice prawidłowe, tony czyste. Wątroba i śledziona nie powiększone. Badanie morfologiczne krwii

Hemoglobina	55 (Sahli)	Neutrof. wielojądrz.	85%
Wskaźnik	1,0	Kwasochłonnych	0%
Ciałek czerw.	2,940.000	Zasadowochłonnych	0%
Ciałek biał.	17,000	Limfocytów duż. i mał.	13%
		Jednojądrz. i przejśc.	2%

6. I. Według słów pracodawczyni i córki chora czuła się dobrze do obecnej choroby; w szczególności nie cierpiała nigdy na wyciek z uszu.

Temper. wczoraj wieczorem 38,3^0 dziś zrana 37.2^0, tętno 74, miarowe dobrze wypełnione. Chora pogrążona w śpiączce, z której łatwiej ją nieco zbudzić niż wczoraj. Stan nerwowy bez zmiany. Nakłucie lędźwiowe: wypuszczone około 50 cm^3. płynu mózgowo-rdzeniowego pod wzmożonem ciśnieniem i wstrzyknięto 50 cm^3 surowicy dokręgowo i 20 cm^3 domięśniowo. Płyn wyraźnie mętny, lekko ksantochrochromiczny, 2430 ciałek 1 mm^3., białka 0,099%, NĄ. — wyraźnie dodatni. W osadzie ogromna przewaga leukocytów, znaleziono 3 prątki Kocha. Posiew dał wynik ujemny.

7. I. Temper. wczoraj wieczorem 39,3^0, dziś rano 37,4^0, tętno 108 drobne. Chora zupełnie nieprzytomna nie odpowiada na pytania, sztywność karku wydatna, Kernig wyraźny, odruchy ścięgnowe i okostnowe 0. Dziś wystąpiło porażenie lewo-

stronne z zaznaczonym odruchem Babińskiego, głowa skręcona na prawo, oczy skierowane na prawo. 9.I.1927. Zmarła o g. 9-ej.

Rozpoznanie kliniczno: Meningitis tuberculosa.

Sekcja 10.I.27. Leptomeningitis tbc. praecipue basilaris. Tbc. miliaris pulmonis totius utriusque et acinoso-nodosa, partim cavernosa et fibrosa lobi superioris pulmonis utriusque. Tbc. miliaris lienis. Peritonitis tbc. diffusa. Usura tbc. ilei et coeci. Tubercula nonnula hepatis et renum. Offuscatio parenchymatosa hepatis et renum. Concretio pleurarum. Ependymitis. Tracheobronchitis mucopurulenta chronica. Ulcus inveteratum duodeni. Calculi vesicae felleae.

Przy badaniu mikroskopowem tego przypadku miałem do dyspozycji tylko parę skrawków ze zwoju środkowego i z rogu Amona. Na preparatach tych widać, że obraz histologiczny jest taki sam, jak w przypadkach wyżej opisanych. Opony są grube, naczynia rozszerzone, ścianki ich szczególnie ścianki naczyń żylnych są nacieczone, tętnice przeważnie wolne od nacieków. Duże nacieki poza naczyniami, składające się z limfocytów, makrofagów i różnych postaci poliblastów. Powierzchnia kory nierówna. I-a warstwa zawiera zwiększoną ilość komórek glejowych i dużo komórek Hortegi z jądrem pałeczkowatem lub wydłużonem o kształtach nieprawidłowych. W III-ej warstwie widoczne są cienie komórek nerwowych oraz luki z powodu ich wypadnięcia i widoczny jest często związek tych luk z naczyniami. W V-ej warstwie luki są nieco mniejsze. Glej wszędzie w stanie bujania, widoczna jest zwiększona ilość komórek glejowych, jądra ich są duże jasne, poczyniając od III-ej warstwy wdół widać dużo satelitów, spotykają się również i w dolnych warstwach komórki Hortegi. Na preparatach Dreszera nie widać zupełnie w istocie białej włókien w astrocytach, a widać ich przeistoczenie ameboidalne. Naczynia w korze nie zawierają zupełnie nacieków, w drobnych naczyniach, przeciętych podłużnie, widać komórki śródbłonkowe duże i blade, a w kilku naczyniach średniej wielkości w I-ej warstwie, przeciętych poprzecznie, widoczne jest bujanie śródbłonka.

Przypadek powyższy pod względem klinicznym, objawów przebiegu i zejścia przedstawia typowy przypadek gruźliczego zapalenia opon, nagły gwałtowny początek, objawy oponowe wyraźne odrazu, śpiączka w ostatnich dniach choroby, szybki przebieg, w 15 dni zejście, wreszcie dwukrotne znalezienie prątków Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym w sposób kategoryczny i zupełnie wystarczający motywują powyższe rozpoznanie. Badanie mikroskopowe potwierdza rozpoznanie kliniczne, mamy w nim nacieki w oponach takie jak w innych przypadkach gruźliczego zapalenia opon. Nacieków w tkance nerwowej niema. Naczynia w korze mózgowej przed-

stawiają obrazy bujania śródbłonka. Komórki nerwowe wykazują zmiany, które stoją w pewnej zależności od naczyń, bo widzimy nekrozę komórek nerwowych, cienie ich i luki po ich wypadnięciu często w okolicy naczyń. Wreszcie w III-ej warstwie kory luki po wypadnięciu komórek nerwowych są najwybitniejsze. Jak widać z powyższego obraz histopatologiczny w omawianym przypadku jest zupełnie podobny do obrazów, jakie widzieliśmy w przypadkach wyżej przytoczonych, z tą tylko różnicą, że w tym ostatnim nie wiemy, jak przedstawiają się ściany komór, czy były tu jakie zmiany z tej strony.

Pod względm psychicznym stwierdzono w tym przypadku tylko ciężkie zamroczenie świadomości, które wystąpiło wraz ze stanem podniecenia na 4 dni przed śmiercią.

Przypadek VIII. D. J. lat 19. Przybyła do Kliniki chorób nerwowych 3. VI 1922. zmarła 21. VII. 1922.

W dzieciństwie była skłonna do przeziębień. Pozatem zawsze zdrowa. W maju operacja usunięcia wyrostka robaczkowego. Pierwsze menses w 16-ym roku życia. Ciąży i poronień nie przechodziła. Obecna choroba datuje się od 17-tu dni. Pewnego dnia, gdy chora chciała zdjąć z wieszadła palto, doznała osłabienia w kończynie górnej lewej, tak że cała kończyna bezwładnie opadła. Osłabienie kończyny trwało około 15 minut; potem w przeciągu tygodnia doznawała podobnego osłabienia, najpierw rzadko, potem coraz częściej, nawet co godzina. W 3 dni od początku osłabienia kończyny górnej lewej poczęła drętwieć kończyna lewa dolna. W tydzień po osłabieniu kończyn lewostronnych chora o g. 5-ej wieczorem w łóżkn dostała napadu drgawek, które rozpoczęły się od ręki lewej, przeszły na szyję i twarz (głową rzucała na boki, skrzywiła usta i zacisnęła oko), w końcu na kończynę dolną; wówczas drgawki już zajęły całą połowę ciała, którą rzucało przeważnie ku górze; napad trwał 20 minut; potem chora zasnęła na 10 minut. W nocy spała źle, przytomności nie traciła, nie mówiła kilkanaście minut. Na drugi dzień kończyny dolne osłabły znacznie. Piątego dnia o g. 2-ej w nocy znów napad drgawek, cokolwiek słabszych, lecz stale miały miejsca bóle w kończynie dolnej o charakterze łamania, kręcenia, jakgdyby kto kości łamał, czasami tak silnych, że krzyczała z bólu. Napad trwał 20 minut. Po 2-ch dniach przerwy znów napad słabszy trwał 10 minut, drgawki kloniczne w kończynie górnej lewej, nieznaczne w kończynie dolnej lewej, szyji i twarzy. Drgawki występowały zawsze w następujęcej kolejności: palce rąk, cała kończyna, głowa, twarz, w końcu kończyna dolna. Przy 2-ch ostatnich—ust nie wykrzywiało. Przytomności nigdy nie traciła, po napadzie darcie w kończynach dolnych. Zaburzeń w oddawaniu stolca i moczu nie było. Dzisiaj w czasie przejazdu do kliniki w samochodzie napad drgawek trwał 10 minut, przebieg podobny do poprzednich, darcie kilkuminutowe w półtorej godziny po napadzie. Ma uczucie, jakdyby po niej coś chodziło, uczucie to trwa przeciętnie do 2-ch dni, poczem ustępuje. Matka żyje, zdrowa, ojciec umarł na zapalenie nerek 8 lat temu. Chora ma trzech braci, dwie siostry — wszyscy zdrowi.

Stan obecny. Źrenice równe, na światło i akomodację oddziaływują dobrze Konwengencja dobra, ruchy gałek ocznych dobre. Język czerwony w części środkowej, w obwodowej pokryty szarym nalotem.

Języczek symetrycznie ułożony. Odruch żuchwowy żywy. Nieznaczna pareza VII lew. Kończyny górne: prawa bez zmian, w lewej ruchy wykonuje we wszystkich stawach, możliwa abdukcja ramienia do kąta prostego, przywiedzenie, zgięcie i wyprostowanie przedramienia, zgięcie palców zachowane, wyprostowanie normalne. Nieznaczny przykurcz mięśnia piersiowego wielkiego, dwugłowego, zginaczy nadgarstka, powierzchownych i głębokich zginaczy palców. Pareza nieznaczna m. naramiennego, dwugłowego, trzygłowego, większa w mięśniach przedramienia i to w wyprostnych, znaczna dla zginaczy palców. Odruchy z kości promieniowej, łokciowej, mięśnia dwugłowego i trzygłowego wzmożone.

Odruchy brzuszne po lewej O, po prawej górny obecny, słaby, środkowego i dolnego brak. Blizna pooperacyjna na brzuchu po stronie prawej. Kończyny dolne: prawa bez zmian; ruchy czynne w lewej zachowane w stawach biodrowym i kolanowym, zniesione w skokowym i palcach; pareza psoas, czworogłowego i zginaczy uda, bardziej w ostatnich wyrażona. Siła tibialis ant. i extens. digit.—O. Siła mięśni łydki zachowana, mniejsza niż po stronie prawej. Przy wywoływaniu odruchu Babińskiego — prostowanie wszystkich palców i ich odwiedzenie. Inne patologiczne spastyczne—o, tylko przy wywoływaniu odruchu Oppenhoima po lewej powstaje Oppenheim po prawej. Ze ścięgna Achillesa wzmożony. Stopotrząs obecny. Czucie powierzchowne prawidłowe, głębokie—prawidłowe.

Budowy wątłej, odżywianie niedostateczne, skóra blada. Płuca i serce bez zmian, tętno 102, t^0. — 39^0. Objawów oponowych i móżdżkowych brak. Mocz bez zmian.

11. VII. Rano napad drgawek w porażonej kończynie w zakresie ręki i przedramienia. trwał kilkanaście minut; t^0 — $37{,}8^0$.

17. VII. Wczoraj chora niechętnie odpowiadała na pytania, była zmęczona, znużona, z trudnością mogła o własnej sile usiąść. W południe prawie nie mogła mówić, była senna, oczy miała nawpół przymknięte, na pytania nie odpowiadała. Dziś rano leży nieruchomo, powieki nawpół przymknięte, szpara oczna po stronie lewej węższa, niż po prawej, usta nawpół otwarte, język suchy obłożony, t^0 — 38,3 — 37,0, tętno 84, dobrze napięte, źrenica lewa szersza niż prawa, na światło prawa reaguje dobrze, lewa leniwie; na konwergencję—badanie ruchów gałek ocznych niemożliwe. Sztywność karku znaczna. Kerning dodatni. Rano zanieczyściła się.

Dokonano nakłucia lędźwiowego. Płyn mózgowo- rdzeniowy wodojasny, wypływa pod ciśnieniem wzmożonem, chwilami tryska. Badania płynu: Białko, $0{,}3_0/_{30}$, leukocytów 124 w 1 mm^3., N.—A. dodatni, RW.—Temp' $37{,}6^0$. RW z surowicą krwi.—

18. VII. Chora zupełnie nie odpowiada na pytania, nie reaguje na zlecenia, senna, oczy prawie zamknięte; po rozchyleniu powiek, oczyma toczy, jakby strabismus divergens ocul. sin. zaznaczony. Sztywność karku znacznie się powiększyła, nie można głowy wyprowadzić z płaszczyzny tułowia. Kernig—wybitnie dodatni. Źrenica prawa reaguje na światło słabo, lewa dobrze. Stale zanieczyszcza się. T^0—37,4 20.VII. Rozlany zanik mięśni karku, mniej ramienia, bardziej przedramienia. Wyraźny zanik mięśni kłęba i kłębuszka ręki lewej. Szkarłatne zabarwienie twarzy po stronie lewej, przemijające po stronie prawej. Śpiączka, głowa zwrócona ku stronie prawej, źrenice rozszerzone, na światło nie reagują, może ślad reakcji czasami na prawej. Powieki przymknięte, oczy nieruchomo ustawione, czasami niemi toczy. Kończyna górna prawa: znaczny rigor przy odwiedzeniu ramienia; rigor wyraźny w mięśniach ramienia przy zgięciu i wyprostowaniu w stawie łokciowym, czasami napotyka się tak znaczny opór przy wyprostowaniu, że z trudnością można go przezwyciężyć: nieznaczny rigor w zginaczach przedramienia; odruchy z kości

łokciowej, promieniowej, ze ścięgna mięśnia dwugłowego, trójgłowego po stronie lewej większe niż po prawej, po prawej żywe. Kończyna górna lewa jak przed tem. Kończyny dolne: napięcie mięśniowe po stronie lewej może znaczniejsze niż po prawej; wyraźny przykurcz mięśni przywodzicieli, jak przedtem Odruchy kolanowe: lewy większy niż prawy. Ze ścięgna Achillesa obustronnie żywe, lewy większy niż prawy. Odruchy brzuszne obustronnie O. Tętno 120, t^0—38,4.

21.VII. 1922r. Zmarła o g. 10 m. 20.

Rozpoznanie kliniczne. Meningitis tbc. baseos et convexitatis.

Tuberculoma gyri praecentralis dextri. (?)

Sekcja w 23 godziny po śmierci. Tbc. miliaris et nodosa meningum cerebri. Hyperaemia meningum. Tbc. miliaris et nodosa pulmonum. Peribronchitis tbc. Pneumonia circumscripta caseosa lobi inf. pulm. dextri. Casseificatio glandularum lymphaticarum mediastini antici, postici, colli et hyli pulmonum. Tabes mesaraica. Ulcera tbc. coeci. Tbc. miliaris circumscripta peritonei regionis excavationis rectouterinae. Degeneratio cystoidea ovariorum. Gastritis catarrhalis. Tonsillitis chronica. Adhaesiones pleurales.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony grube, nacieczone. Nacieki znajdują się w przestrzeniach okołonaczyniowych i w ściankach naczyń przeważnie żylnych. Naczynia rozszerzone, wypełnione krwią, na preparatach van Giesona widać, że oprócz krwi znajdują się w nich masy zabarwione hematoksyliną na czarno; masy takie w mniejszej ilości widoczne są miejscami i w przestrzeniach adwentycjalnych. Miejscami obraz mikroskopowy opon jest jakby zamazany, mętny, kontury elementów morfotycznych niejasne i nieostro odcinające się od tła i słabo zabarwione, (zserowacenie?). Kora przedstawia zmiany nieco inne niż w przypadkach poprzednio opisanych. Mianowicie niema takiego wzmożenia komórek glejowych w I-ej warstwie, niewiele również komórek Hortegi. Komórki nerwowe wszystkie zmienione, jądra ich blade, duże, przemieszczone ku obwodowi, jąderka małe, również przemieszczone ku brzegowi jądra, często widać otoczkę jądra pomarszczoną. Protoplazma komórek nerwowych blada, ziarnistości Nissla prawie nie widać, gdzieniegdzie widoczne są bezkształtne ciemniejsze grudki na obwodzie protoplazmy, komórki niejasno odcinają się od tła, brzegi ich są nierówne, z wgłębieniami, jakby wyjedzone, kontury ich mają tendencję do zaokrąglenia się. Widać często cienie komórek, szczególniej w warstwie III-ej, V-ej i VI-ej. Komórek glejowych naogół niedużo, nieco satelitów w dolnych warstwach, gdzie widoczne są również komórki glejowe z rąbkami protoplazmy. W warstwach III-ej, V-ej i VI-ej widoczne są luki z powodu wypadnięcia komórek nerwowych. Na preparatach Fajersztajna-Bielschowsky-ego widoczny jest brak włókienek wewnątrzkomórkowych. Naczynia średnie i drobne w korze rozszerzone i wypełnione krwią, nacieków naokoło nich nie widać na preparatach van Giesona wszystkie te naczynia wypełnione są masami zabarwionemi na czarno, w wielu z nich masy czarne zajmują i ich ścianki, w większych naczyniach tętniczych widać, że te masy czarne zajmują również i błonę mięśniową naczynia. Są to prawdopodobnie substancje wapniowe.

Płat skroniowy. Opony bardzo grube, nacieczone, nacieki znajdują się przeważnie w przestrzeniach okołonaczyniowych, miejscami widać że barwią się znacznie słabiej, czasami prawie zupełnie niezabarwione na preparatach Nissla, naczynia rozszerzone, wypełnione krwią oraz substancjami, które hematoksyliną barwią sie intensywnie na czarno. W paru miejscach nacieki przechodzą na tkankę nerwową, w jednem miejscu widać, że zajmuje naciek I-ą, II-ą i częściowo III-ą warstwę kory, w innym miejscu widoczne jest duże skupienie komórek nacieczeniowych,

zajmujące pierwsze trzy warstwy kory, mające kształt nieprawidłowego koła, w środku którego widoczne jest spore miejsce puste, pochodzącc prawdopodobnie z powodu wypadnięcia mas zserowaciałych, jak to bywa w gruzełkach pochodzenia gruźliczego, zaczem może świadczyć to, że komórki, znajdująca się na obwodzie tego tworu, zabarwiły się w sposób niewyraźnie odcinający ich od tła, są blade, jądra ich nie wyróżniają się od protoplazmy, stąd ocenienie ich rodzaju jest trudne. Niektóre z nich można określić jako limfocyty, makrofagi oraz polyblasty. Komórki nerwowe przedstawiają zmiany takie, jakie widzieliśmy w płacie czołowym, widać również cienie komórek nerwowych oraz luki po ich wypadnięciu, najwyraźniejsze w warstwie III-ej. W warstwie I-ej wzmożona ilość komórek glejowych, szczególniej na samym brzegu kory, na prepararach Weigerta i Fajersztajna-Bielschowsky'go widoczne są astrocyty włókniste bardzo rozrośnięte, mniejsze widoczne są na preparatach Weigerta w istocie białej kory. W I-ej warstwie widoczny jest duży rozrost włókien glejowych, tworzący miejscami gliozę brzeżną. Naczynia w tkance nerwowej wszystkie prawie rozszerzone, wypełnione krwią oraz substancjami barwiącemi się hematoksyliną na czarno, jak to widzieliśmy w płacie czołowym. Niektóre naczynia są nacieczone. W drobnych naczyniach kory nacieków nie widać.

Calcarina. Opony grube, nacieczone, ich naczynia rozszerzone, wypełnione krwią i substancjami barwiącemi się hematoksyliną na czarno. Zmiany w komórkach nerwowych takie jak wyżej, z tą różnicą, że niema nacieków w tkance nerwowej. Luki w komórkach nerwowych spotykają się we wszystkich warstwach, nietylko w III-ej, jak było w płacie czołowym i skroniowym. Nieco astrocytów widać w I-ej warstwie kory, w istocie białej ich nie widać. Naczynia w tkance nerwowej zachowują się, jak w płacie czołowym, są rozszerzone, wypełnione krwią i substancjami barwiącemi się hematoksyliną na czarno, w istocie białej widać oprócz tego dużo barwika zielonego w przestrzeniach adwentycjalnych na preparatach Nisssla.

Móżdżek. Opony grube, nacieczone, nacieki w nich nawet większe, niż w korze półkul mózgowych. Naczynia wypełnione krwią oraz substancjami, barwiącemi się hemotoksyliną na czarno. Substancje te wypełniają światło naczyń oponowych, oraz leżą i w tkance okołonaczyniowej w bardzo dużych ilościach.

Naczynia w tkance nerwowej w móżdżku również w znacznym stopniu są wypełnione temi substancjami. Oprócz tego widoczne jest wypadnięcie w móżdżku komórek Purkinje'go i rozpad ich ziarnistości Nissla.

W rdzeniu przedłużonym takie same nacieki w oponach i tak samo naczynia są rozszerzone, wypełnione krwią oraz substancjami, barwiącemi się hematoksyliną na czarno.

Przypadek obecny dotyczy panny I. 19, która w dzieciństwie była skłonna do przeziębień, zresztą nie chorowała, w parę tygodni po przebyciu operacji wyrostka robaczkowego zaczęła doznawać osłabienia w kończynach lewostronnych, najprzód w górnej, potem w dolnej, po 12 dniach od początku choroby zaczęły się napady drgawkowe w kończynach lewostronnych, porażenie tych kończyn, potem senność, podniesienie temperatury, objawy chorobowe ze strony nerwów czaszkowych, brak reakcji źrenic, rozszerzenie ich. Na kilka dni przed zejściem, które nastąpiło po 5 tygodniach choroby, zjawiły się objawy oponowe. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne za

palenia gruźliczego opon, a oprócz tego stwierdziła rozległe zmiany gruźlicze w płucach, gruczołach śródpiersia i jamie brzusznej. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono w oponach nacieki duże, rozszerzenie naczyń, nacieki z opon przechodzą na tkankę nerwową, zajmując w niektórych miejscach pierwsze trzy warstwy kory w płacie skroniowym, a również w tym samym płacie widoczny jest gruzełek duży zserowaciały z prawdopodobną nekrozą w jego środku. Rozpad nacieków ma miejsce również i w oponach. Naczynia opon i tkanki nerwowej zawierają, oprócz krwi, masy prawdopodobnie substancji wapniowych, które spotykamy również i w przestrzeniach okołonaczyniowych opon. Reakcja glejowa niewielka. Przypadek ten różni się od poprzednich tem, że rozrost komórek Hortegi jest tutaj nieznaczny, a następnie i tem, że mamy w nim granulacje zapalne nie tylko w oponach, ale i w tkance nerwowej, tak że barjera ektomesodermalna w tym przypadku prawdopodobnie jest nieczynna. W tym przypadku mamy zatem zapalenie nie tylko opon, ale i mózgu. Niestety nie mieliśmy do dyspozycji preparatów ze ścian komór, tak że nie możemy sądzić o tym, jak się przedstawiały stosunki z tej strony. Zaburzenia psychiczne pod postacią narastającego zamroczenia świadomości podaje historja choroby dopiero w ostatnich paru dniach przed śmiercią.

Przypadek IX. D. A. l 49, przybył do kliniki chorób nerwowych 15.I.1927. Zmarł 17.I.1927 roku.

Podobno oddawna chory na płuca. Badanie plwociny miało wykazać obecność prątków Kocha. Obecna choroba miała rozpocząć się przed 10 dniami wysoką gorączką, bólami głowy, nudnościami i wymiotami. Chory w nocy miał być niespokojny, zrywać się, drzeć na sobie bieliznę, bredzić. W ostatnich trzech dniach miewał zwidywania w formie zwierząt i robaków pełzających po ścianach i po kołdrze. Przed trzema dniami również miała wystąpić ślepota. Chory zamroczony, mocz i kał oddaje pod siebie.

Stan obecny. Wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywienia bardzo podupadłego. Tętno 60. Skóra sucha, łatwo dająca się ujmować w fałdy. Spojówki silnie nastrzykane, błona śluzowa sino-czerwona. Cała twarz sino-czerwona. Chory leży z głową mocno podaną ku tyłowi i skręconą na stronę lewą, jest zamroczony, pytań nie rozumie, poleceń nie spełnia, nie mówi, a w chwilach, gdy usiłuje coś powiedzieć, wydobywa się tylko niezrozumiały bełkot. Usta ma stale otwarte, język bardzo silnie obłożony grubym brudnym nalotem, gardło sino-czerwone pokryte wydzieloną śluzowo-ropną; pije, jednak przytem czasami się krztusi. Źrenice dość wąskie, równe, na światło nie oddziaływują. Gałki oczu w ustawieniu bocznem na lewo, ruchomość gałek możliwa, jednak we wszystkich kierunkach bardzo ograniczona. Chory nie skierowywuje gałek na stronę prawą, a jeżeli to czasem zrobi, to tylko na krótką chwilę i bardzo niedostatecznie. Dno oka: obustronnie tarcza zastoinowa. Z innych nerwów czaszkowych widać tylko parezę dolnego VII-go po stronie prawej. Z powodu silnego zamroczenia chorego, innych objawów nie udało się stwierdzić. Objawy oponowe bardzo wyraźne, silna sztywność karku i zazna-

czony Kernig. Naogół chory posługuje się wszystkiemi kończynami, chętniej zdaje się lewemi. mimo to wyraźniejszych parez stwierdzić nie można.

Napięcie mięśniowe we wszystkich stawach kończyn obniżone; odruchy wszystkie obecne za wyjątkiem skórnych, nawet dość żywe, z niedużą przewagą po stronie lewej Brzuch wciągnięty, odruchy brzuszne i mosznowe—0. Odruchów kurczowych brak. Zaburzeń czucia zdaje się nie ma, jak również i wyraźniejszej przeczulicy, Nakłucie lędźwiowe: wypuszczono 15 $cm.^3$ płynu pod wysokiem ciśnieniem, Płyn wodojasny, ciałek białych — 183 w 1 mm^2. około 80% limfocytów, białko — 0,26% N.-A. — dodatni.

17.I.1927. Nad ranem chory zmarł. Rozpoznanie: Meningitis tbc.

Badanie pośmiertne: Meningitis tbc. basilaris. Tbc. miliaris pulmonum. Cicatrisatio et foci caseosi apicis pulmonis utriusque. Ulcera tbc. singularia intestini tenui et crassi. Ulcera tbc. tracheae et perichondritis tracheae. Lymphadenitis thoracalis. Aortitis luica et atherosclerosis. Emphysema bullosum. Atrophia lienis. Sclerosis tonsillarum. Adhaesiones singulares pleurales et nonnulae in cavo abdominis. Cysta colloides partis intermediae hypophysis.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony nacieczone przeważnie limfocytami, wśród których nieco makrofagów i polyblastów, w okolicy bruzd zgrubienie opon jest większe, widać tutaj dużo włókien łącznotkankowych, a mniej nacieków. Naczynia w oponach rozszerzone, wypełnione krwią i substancjami. barwiącemi się hematoksyliną na czarno, które często zajmują w tętnicach i warstwę mięśniową. Niektóre tylko naczynia żylne mają swoje ścianki przepojone nacieczeniowemi komórkami, większość naczyń żylnych i prawie wszystkie naczynią tętnicze mają ścianki wolne od nacieków, które układają się głównie w przestrzeniach okołonaczyniowych. W tkance nerwowej nacieków niema, zarówno w naczyniach średnich jak i drobnych, tylko wszystkie naczynia są rozszerzone i wypełnione krwią, oraz na preparatach van Giesona widocznemi substancjami, barwiącemi się na czarno Komórki nerwowe w korze wszystkie zmienione, widoczne są rozmaite zmiany aż do ciężkiego schorzenia włącznie. widoczne są cienie komórek nerwowych oraz luki z powodu ich wypadnięcia, szczególnie w warstwie III-ej i V-ej, związek tych luk z naczyniami jest przeważnie wyraźny. Glej w stanie rozrostu, w dolnych warstwach liczne satelity, a w warstwie I-ej oprócz zwiększenia komórek glejowych wogóle, widoczne są liczne komórki Hortegi, wśród których dużo postaci o jądrach wydłużonych.

Zwój środkowy przedni. Obraz taki sam, jak w płacie czołowym z tą różnicą, że nacieki w oponach są większe i opony są więcej zgrubiałe. Również więcej jest komórek Hortegi w I-ej warstwie.

W rogu Amona zgrubienie opon jest znacznie większe, niż w miejscach poprzednio opisanych, nacieki są znacznie rozleglejsze. zachowując taki sam charakter pod względem swych składników morfotycznych, naczynia są więcej dotknięte procesem zapalnym. widać w nich oprócz nacieków w przestrzeniach adwentycjalnych nacieki w warstwie wewnętrznej, a czasem całe światło naczynia jest wypełnione limfocytami, leukocytami i poliblastami. Zmiany w komórkach rogu Amona i subiculum takie jak w innych okolicach, rozrost gleju, dużo satelitów, w I-ej warstwie bardzo wzmożona ilość komórek glejowych, widać dużo komórek Hortegi, których jest dużo również i w ścianie rogu dolnego komory bocznej. Naczynia w tkance nerwowej wszędzie rozszerzone. wypełnione krwią. W moście opony grube nacieczone, obraz jak w rogu Amona, nacieków w tkance nerwowej niema.

W móżdżku opony jak w moście, wypadnięcie komórek Purkinje'go. W putamen duży naciek około większego naczynia, składający się z limfocytów.

W ścianie III-ej komory tuż pod wyściółką znajdują się skupienia komórek glejowych, wśród których widać dużo komórek Hortegi oraz sporo limfocytów. Wyściółka miejscami zgrubiała.

Przypadek wyżej opisany dotyczy mężczyzny l. 49, oddawna chorego na gruźlicę, u którego nagle zaczęła się choroba wysoką temperaturą, bólami głowy, wymiotami, w nocy bywał podniecony, rwał na sobie bieliznę, bredził. Po kilku dniach zaczął miewać zwidywania w postaci zwierząt i robaków, pełzających po ścianach i po kołdrze, potym wystąpiła ślepota. Do kliniki przybył w zamroczeniu ze sztywnością karku i objawem Kerniga, z obustronną tarczą zastoinową. Po 12 dniach choroby zmarł. Rozpoznano gruźlicze zapalenie opon, co zostało potwierdzone przez sekcję, która oprócz tego stwierdziła gruźlicę i w innych narządach.

Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono duże nacieki w oponach, większe na podstawie mózgu, niż na convexitas, naczynia na podstawie mózgu więcej zmienione i nacieczone, na convexitas nacieki są przeważnie tylko w przestrzeniach okołonaczyniowych. Naczynia zarówno w oponach, jak i tkance nerwowej, są wypełnione substancjami wapniowemi, które w niektórych z nich zajmują i warstwę mięśniową. Nacieków w naczyniach kory niema, znaleziono natomiast nacieki około dużego naczynia w putamen. Luki w komórkach nerwowych w warstwie III i V-ej w płacie czołowym i środkowym. Rozrost gleju w korze, satelity, wzmożona ilość komórek Hortegi w I-ej warstwie kory oraz w ścianach komór (róg dolny komory bocznej oraz komora III-a), w tym ostatnim miejscu oprócz komórek Hortegi także limfocyty. Pod względem psychicznym stan majaczeniowy z ciężkiem zamroczeniem.

Przypadek X. C. B. l. 29. Przybyła do Kliniki chorób nerwowych 18.XI. 1924 r. Zmarła 28.XI. 1924.

W dzieciństwie przeszła odrę, w 11-ym roku życia powiększenie gruczołów na szyji. Menses od 17 roku życia, zawsze co 7 tygodni, bardzo skąpe—3 dni. Raz rodziła. Nie roniła. 2 razy zamężna. Pierwszy mąż zmarł (nie wie na co), drugi mąż zdrów. Od 4-ch miesięcy czuła się osłabioną i nie miała apetytu. Obecnie choroba trwa od tygodnia, zaczęła się bólami głowy, które przez 3 dni występowały napadowo, 4-go dnia bóle były bardzo silne, tak że wstrzykiwano jej morfinę. Tego dnia miała kilkanaście razy wymioty. 4-dnia zjawiła się sztywność karku i bóle w biodrach, miała mieć gorączkę. Bóle były przez następne dni takie same, sztywność karku nie ustępowała. Słyszy i widzi dobrze. Zaburzeń ze strony pęcherza brak.

Stan obecny. Chora wzrostu średniego, odżywianie mierne. Sztywność karku i Kernig obecne. Niezamroczona. Ogólna przeczulica bólowa. Neuritis optica obustronna. Visus — 1. Tętno 76. Źrenice równe, na światło i przystosowanie reagują

dobrze. Nerwy czaszkowe bez zmian. Język obłożony. Odruchy ścięgnowe i okostnowe wszystkie słabe. Spastycznych brak. Brzuszne i podeszwowe bardzo żywe (przeczulica).

Siła dobra. Napięcie mięśniowe prawidłowe. Ataksja O. Czucie głębokie i powierzchowne zachowane. Narządy wewnętrzne: płuca bez zmian, w sercu szmery anemiczne, tony czyste, brzuch bez zmian.

Mocz: c. w. 1022, oddziaływanie kwaśne, białka i cukru niema, w osadzie moczany bezpostaciowe.

Po przybyciu do kliniki silne bóle głowy. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie mierne, płyn przezroczysty, może ślad ksantochromji, c. b. 91—96, limfocyty i leukocyty w równych ilościach. białko—0,099%.

N.—A. słabo dodatni, cukier 0,08%, odczyn Bordet—Wassermanna ujemny. Prątków Kocha nie znaleziono. Posiew dał wynik ujemny.

Innych bakterji nie znaleziono. Odczyn B.—W. we krwi ujemny. Odczyn Besredki w płynie dodatni. Po nakłuciu znaczna ulga. Chora otrzymała 40 cm.^{3} surowicy przeciwmeningokowej dokręgowo i 30 cm.^{3} domięśniowo. W nocy silne bóle w krzyżu

19.XI. Bóle głowy ustały, sztywność karku mniejsza, tętno 76, chora domaga się jedzenia.

20.XI. Chora nie chce dać zrobić sobie punkcji, chce iść do domu, twierdzi, że mąż chce, aby umarła; 3 razy wymioty, ból głowy.

Przy nakłuciu ledźwiowem wypuszczono 50 cm.^{3} płynu przezroczystego, który wypływa szybkiemi kroplami. Zastrzyknięto 50 cm. surowicy dokręgowo i 20 cm. domięśniowo. W płynie 102 c. b., prawie same limfocyty, pojedyncze leukocyty. Chora po punkcji podniecona, wstaje z łóżka, kładzie się to na jedną to na drugą stronę. Uspokoiła się po injekcji morfiny. Jednak całą noc wstawała, klęczała na łóżku i ciągle coś mówiła.

21.XI. Sztywność karku wybitnie się nasiliła, Kernig; t. 37, 4; ból głowy, odruchy bardzo słabe, żrenice reagują.

22.XI. W nocy znowu niespokojna, ciągle coś mówi. Ból głowy. Czuje się bardzo osłabiona. Objawy oponowe wybitne. Odruchy kolanowe tylko przy kaszlu można otrzymać, z Achillesa słabe. Chora blada, robi wrażenie wyczerpanej. Nakłócie lędźwiowe: płyn wodojasny, ciśnienie wzmożone, wypuszczono 30 cm., c. b. 83 w 1 mm., same limfocyty, białko — O, 038—%, N.—A. — dodatni, odczyn benzoesowy słabo dodatni (częściowe wyjaśnienie w I-ym i IV-ym, zupełne w II-im i III-m, cukier 0,08%. W czasie punkcji skarży się na silny ból głowy.

T. 38,0. Po punkcji objawy oponowe nieco słabsze, w 2 godziny po punkcji bóle głowy ustały. W nocy znowu niespokojna, skubie kołdrę, zdejmuje prześcieradło, wstaje z łóżka. Sztywność karku i Kernig dodatni. Źrenice: prawa większa od lewej, reagują na światło. Powieki lekko opuszczone, prawa nieco wyżej. Zresztą nerwy czaszkowe bez zmian. Odruchy wszystkie bardzo słabe. kolanowe przy kaszlu.

Hypotonia wybitna. Wyczerpana. T. 38,0, tętno 80, dobrze napięte.

Wrażliwość gałek ocznych przy ucisku. Odruchy kolanowe: prawy większy od lewego. Przeczulica.

24.XI. W nocy bardzo niespokojna, nie spała po morfinie, tylko ciągle coś mówiła, skubala kołdrę. Rano ból głowy, jęczy. Nakłócie lędźwiowe: płyn wypływa strumieniem, wypuszczono prawie 50 cm., płyn przezroczysty. W 1 mm. 70 c. b., limfocyty i leukocyty, białko—O, 033%, N.—A. — O, w płynie znajdują się dwoinki gramdodatnie, wyglądające na pneumokokki. Badanie krwi: c. b. 6000, wielo-

jądrz. — 72,25%, limfocytów małych 14%, limf. dużych 1%, przejściowych 10.75%, eozynochł. 1%. Wieezorem otrzymała 70 cm. surowicy antimeningokkowej, 40 cm. dokręgowo, 30 — domięśniowo. Po punkcji podniecona, krzyczy głośno, dano pantopon.

25.XI. Wyczerpana, sztywność karku, jak wczoraj, bóle głowy.

26.XI. Nakłucie lędźwiowe. Płyn wypływa strumieniem, wodojasny, wypuszczono 40 cm., c. b. 303 w 1 mm., białko 1. 65%. N.—A. wybitnie dodatni. W preparacie same limfocyty, nieliczne leukocyty.

27.XI. Sztywność karku bardzo wybitna. Chora zamroczona, język zbacza na lewo. Nie można uzyskać na rozkaz zwrotu gałek. T. od wczoraj 39,4. Po punkcji wczorajszej miała trochę ulgi. Sztywność karku była mniejsza. Tętno dobrze napięte 104, blada, odruchy bardzo słabę. Retentio urinae.

28.XI. Odczyn Besredki w płynie dodatni. Zmarła o 10 rano.

Rozpoznanie: Meningitis tbc.

Badanie pośmiertne.

Leptomeningiiis tbc. fibrinosa basilaris. Tbc. miliaris pulmonum, lienis, hepatis, et renum. Anaemia myocardii. Oedema loborum infer, pulm. utriusque. Gastroenterocoloptosis. Venostasis organorum.

Badanie mikroskopowe. Płat czołowy. Opony grube, nacieczone, bardzo dużo makrofagów, spotykają się również limfocyty i poliblasty. Naczynia bardzo nacieczone, ścianki niektórych naczyń w całości są opanowane naciekiem, w niektórych naczyniach nacieczona jest tylko warstwa wewnętrzna, w innych przestrzeń okołonaczyniowa. Oprócz tego widać dużo włókien łącznotkankowych, w tych miejscach jest mniej komórek nacieczonych. W korze komórki nerwowe zmienione, ich ziarnistość Nissla w rozpadzie, protoplazma nieostro występuje od tła, widać w niej wgłębienia i występy (ciężka zmiana), luki w warstwie III-ej i V-ej, miejscami i VI-ej, cienie komórek nerwowych. Rozrost gleju, dużo satelitów. W I-ej warstwie, oprócz zwiększenia komórek glejowych wogóle, widać dużo komórek o jądrze nieprawidłowem, często podłużnem. Nacieków w korze brak. Dużo naczyń w korze wypełnionych substancjami wapniowemi, które częściowo zarówno w korze, jak i w oponach, zajmują i warstwę średnią naczyń.

Zwój środkowy. Zmiany w oponach i w korze, jak w płacie czołowy, w warstwie I-ej kory glioza brzeżna, widoczne astrocyty włókniste, w istocie białej kory astrocytów nie widać.

Płat skroniowy. Opony grubsze i więcej nacieczone, niż w płacie czołowym. W naciekach oprócz limfocytów i polyblastów bardzo dużo makrofagow, niektóre z nich zawierają po kilka jąder. Naczynia oponowe przedstawiają najrozmaitsze obrazy stanu zapalnego, widać całe ścianki naczyń przeniknięte komórkami nacieczeniowemi w innych nacieki grupują się naokoło nich, pozostawiając ścianki naczyń wolne od nacieków, w niektórych widoczne są nacieki, zajmujące warstwę wewnętrzną naczynia i tworzące czasami tkankę granulacyjną, wystającą do światła naczynia. Miejscami opony zabarwione są bardzo blado, rysunek elementów morfotycznych jest niewyraźny, zamazany w tych miejscach (zserowacenie). Komórki nerwowe wszystkie ciemne, jądro również ciemne, nie odcina się od protoplazmy komórki, brzegi komórek mają wgłębienia i występy widoczne są cienie komórek szczególniej w warstwie III-ej, luki w warstwach III-ej, V-ej i VI-ej. Bujanie gleju, dużo satelitów, a w I-ej warstwie szczególnie dużo komórek glejowych oraz komórek Hortegi. Naczynia naogół, poza I-ą warstwą, gdzie spotyka się kilka naczyń nacie-

czonych, naokoło których i w których widoczne są limfocyty, komórki plazmatyczne, w innych miejscach zmian zapalnych nie przedstawiają, widoczne są tylko naczynia ze śródbłonkiem w stanie bujania.

Calcarina. Nacieki w oponach nieco mniejsze, zresztą obraz jak w innych okolicach.

W subiculum nacieki w oponach nieco mniejsze, podobne co do swej wielkości do nacieków w calcarina. W I-ej warstwie duże skupienie komórek Hortegi oraz kilka naczyń z naciekiem. W innych warstwach nacieków w naczyniach niema.

W móżdżku i robaku nacieki jak w calcarina. Wypadnięcie komórek Purkinje'go.

W okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych ogromne nacieki w oponach, a w przylegającej korze duże skupienia komórek Hortegi oraz nacieki w naczyniach, zawierające komórki plazmatyczne.

W okolicy pedunculi cerebri nacieki jeszcze większe, niż przy chiasma, widać całe pola usiane makrofagami, a są również miejsca, gdzie jest dużo włókien łącznotkankowych. W naczyniach ścianki przeważnie nacieczone, w niektórych naczyniach widać tkankę granulacyjną w świetle naczyń.

W ścianach I-ej i III-ej komory pod wyściółką widać zwiększoną ilość komórek glejowych, a wyściółka w kilku miejscach jest przerwana i widać w tych miejscach wypocinę, wystającą w światło komór (ependymitis granularis).

W moście opony bardzo grube, nacieki w nich i duży rozrost włókien łącznotkankowych. W tkance nerwowej widać kilka naczyń nacieczonych.

Przypadek ostatni dotyczy kobiety lat 29, która w 11 roku życia miała powiększenie gruczołów na szyi, menses zaczęły się w 17 roku życia, co 7 tygodni, skąpe. Na 4 miesiące przed chorobą czuła się osłabioną i nie miała apetytu. Choroba zaczęła się bólami głowy. po 3-ch dniach bóle się wzmogły i zaczęły się wymioty, na 4-y dzień sztywność karku. Po tygodniu choroby stwierdzono sztywność karku, Kerniga, neuritis optica obustronnie, ogólną przeczulicę, Na dziewiąty dzień choroby zjawiło się podniecenie ruchowe, zły stosunek do rodziny, posądzała męża, że chce, żeby umarła, i po 17 dniach choroby nastąpiło zejście. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne gruźliczego zapalenia opon. Oprócz tego stwierdzono prosówkę w narządach wewnętrznych. Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono duże nacieki w oponach, największe na podstawie mózgu w moście, okolicy szypuły mózgowej i skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, nieco mniejsze w płacie skroniowym, jeszcze mniejsze w czołowym i środkowym, najmniejsze w calcarina i subiculum. Na podstawie dużo włókien łącznotkankowych, wszędzie widoczne są różne zmiany w naczyniach opon (endarteriitis, panarteritis, tkanka granulacyjna w naczyniach). Luki w warstwach III-ej, V-ej i VI-ej w płatach czołowym, skroniowym i zwoju środkowym. Glioza brzeżna, rozrost gleju w korze. Nacieki w naczyniach w płacie skroniowym,

subiculum, chiasma i moście. Ependymitis granularis w ścianach III-ej i bocznej komóry. Skupienia komórek Hortegi w płacie skroniowym, subiculum, hiasma. Wszędzie ilość komórek Hortegi zwiększona.

Opisane tu przypadki wykazują bardzo daleko idącą rozbieżność pod względem objawów klinicznych i przebiegu. Już sam *czas trwania choroby* daje ogromną rozpiętość, gdyż w przypadku IV-m wynosi 6 dni, w IX-m — 12 dni, w VII-m — 15 dni, w X-m—17 dni w II-m — 3 tygodnie, w V-m — 4 tygodnie, w VIII-m — 5 tygodni a w trzech pozostałych liczy się nawet na miesiące, mianowicie w I-m — 5 miesięcy, w III-m — ponad 7 miesięcy, a w VI-m, jeżeli liczyć i przerwę paromiesięczną pomiędzy pierwszym i drugim atakiem choroby, wydłuża się do 10 miesięcy. *Początek choroby* również jest rozmaity. W jednym tylko przypadku mamy wyraźnie podany okres zwiastunów, mianowicie w przypadku X-m chora na 4 miesiące przed początkiem choroby czuła się osłabioną i wykazywała brak apetytu, w innych—tego okresu zwiastunów wywiady nie ustalają, a choroba zaczynała się nagle, już to od bólów głowy i wymiotów, jak to widzimy w przypadkach: II-m, (w którym oprócz tego były jakieś ataki sztywnienia, po których parę godzin nie mówiła), VII-m i IX-m; już to od hemiparezy i napadów padaczkowatych w przypadku VIII-m, lub wreszcie od objawów psychicznych w przypadkach I-m, III-m, IV-m, V-m i VI-m. *W dalszym przebiegu choroby* organiczne objawy neurologiczne wystąpiły tylko w przypadkach VI-m, VII-m, VIII-m, IX-m, i X-m, natomiast w przypadkach I-ym, II-ym, III-ym, IV-m i V-m dominowały objawy psychiczne przy zupełnym braku objawów oponowych, gdyż neurologicznie stwierdzono tylko reakcję źrenic na światło, która w I przypadku była powolna, w IV-m słaba, a w V-m średnio wydatna. Stałym objawem we wszystkich 10 przypadkach było zamroczenie o rozmaitym stopniu nasilenia, potęgujące się w miarę postępu choroby. Zamroczenie to występowało bądź jako jedyny objaw ze strony psychiki, bądź też w połączeniu z podnieceniem, jak to widzieliśmy w przypadku I-m, II-m, III-m, IV-m, V-m, VI-m, VIII-m, IX-m i X-m, bądź też zamroczenie przybierało mniej lub więcej wybitny charakter majaczeniowy (przypadek IX, a także IV, w którym ponadto występowała euforja). Z pozostałych przypadków w jednym (III) mieliśmy wybitny obraz katatoniczny, w 3 dalszych (I, V i VI) mniej lub więcej rozległy zespół schizofreniczno-paranoidalny (w tem w 2-ch przypadkach zamroczenie było zaledwie zaznaczone), wreszcie w przypadku X ten

sam może obraz był zaledwie zaznaczony z halucynacjami w przypadku IX-m, wreszcie ze stanem schizofrenicznym w przypadkach I-m, V-m i VI-m.

Badanie sekcyjne stwierdziło we wszystkich przypadkach czynną sprawę gruźliczą w organizmie, najczęściej umiejscowioną w płucach w postaci prosówki w przypadkach I-m, IV-m, VI-m, VII-m, VIII-m, IX-m i X-m, w postaci ognisk zserowacenia w przypadku III-m, i kawern w przypadku V-m. W przypadku II-m w płucach znaleziono tylko blizny i ogniska zwapnienia w szczytach, a caries verterbrarum tbc., jako sprawę czynną. Oprócz tego znaleziono zmiany gruźlicze w innych narządach mianowicie: prasówkę w nerkach w przypadku I-m, prosówkę w wielu narządach wewnętrznych w przypadku IV-m, owrzodzenia gruźlicze w przewodzie pokarmowym w przypadku IV-m, V-m, VI-m, VII-m, VIII-m i IX-m. Co się tyczy zmian w oponach, to w przypadku III-m—hydrocephalus externus, w przypadku VI-m — meningitis tbc. basilaris, hydrocephalus internus inflammatorius i oprócz tego tubercula miliaria plexus chorioidei ventric. III-i, w przypadku VII-m—tbc. meningum basilaris i ependymitis granularis, w przypadku VIII-m—tbc. miliaris et nodosa meningum, w przypadku IX-m—meningitis tbc. basilaris, wreszcie w przypadku X-m—meningitis tbc. fibrinosa basilaris. Jak więc wynika z powyższego zestawienia w sześciu przypadkach charakter gruźliczy schorzenia opon został sekcyjnie stwierdzony, a w czterech przypadkach wynik badania sekcyjnego był pod tym względem ujemny. W jednym z tych czterech przypadków skonstatowano tylko przekrwienie opon i zgrubienie opon na podstawie mózgu, w dwuch innych hydrocephalus, a w jednym przypadku wogóle żadne zmiany w protokóle sekcyjnym ze strony opon nie zostały zanotowane. W tym ostatnim przypadku (II-i) znaleziono tylko blizny i ogniska zwapniałe w szczytach, a czynna sprawa gruźlicza została stwierdzona tylko w kręgach piersiowych w postaci caries tbc.

Dalszym momentem, który łączy w jedną całość te przypadki, tak różnorodnie przedstawiające się pod względem klinicznym, a częściowo i sekcyjnym, są *zmiany mikroskopowe*, wykazujące szereg zasadniczych cech, wspólnych wszystkim podanym tutaj przypadkom.

We wszystkich przypadkach były wyraźne *zmiany w oponach miękich*, powodujące znaczne ich zgrubienie, ale mikroskopowy obraz tego zgrubienia nie był we wszystkich przypadkach jednakowy. W dwuch przypadkach, mianowicie w III-m i V-m, zgrubienie opon było spowodowane znacznym rozrostem włókien łącznotkankowych,

przytem w przypadku III-m stwierdzono bardzo niewielkie nacieki w zwoju środkowym tylnym, w płacie skroniowym i w moście, a w innych okolicach tylko znaczny rozrost włókien łącznotkankowych w oponach, zaś w przypadku V-m — wybitne zgrubienie opon i rozrost w nich włókien łącznotkankowych w płacie czołowym, zwoju środkowym przednim, mniejszy rozrost tych włókien w zwoju środkowym tylnym, w calcarina i niewielki na podstawie mózgu; komórek nacieczeniowych w przypadku V-m bardzo niewiele. W obu tych przypadkach wśród komórek nacieczeniowych przeważają limfocyty, oprócz tego w przypadku III-m spotykamy nieliczne makrofagi, a w przypadku V-m — makrofagi i polyblasty. Pozostałe 8 przypadków wykazują mniejsze lub większe nacieki w oponie miękiej, składające się przeważnie z limfocytów, zawierające jednak również makrofagi i nieco komórek plazmatycznych. Nacieki te zajmują bardzo rozległe przestrzenie tkanki oponowej, grupują się w przestrzeniach okołonaczyniowych opon, zajmują często bądź całe ścianki naczyń oponowych, szczególnie żylnych, bądź też tylko warstwę wewnętrzną albo tylko zewnętrzną naczynia. Rozprzestrzenienie się tych nacieków i ich nasilenie nie jest jednakowe we wszystkich przypadkach, a także we wszystkich okolicach opon w każdym poszczególnym przypadku. Tak np. w przypadkach I-m i II-m mamy duże nacieki w płatach czołowych, a mniejsze w zwojach środkowych i na podstawie mózgu oraz w okolicy calcarina, w przypadku IX-m największe nacieki mamy na podstawie mózgu, mniejsze w zwoju środkowym, a jeszcze mniejsze w płacie czołowym, gdzie ścianki naczyń są przeważnie wolne od nacieków. Największą różnorodność pod tym względem przedstawia przypadek VI-y, gdzie w płacie czołowym nacieków prawie zupełnie niema, zgrubienie opon jest spowodowane dużym rozrostem włókien łącznotkankowych, wśród których jest nieco limfocytów, nie tworzących jednak skupień, zaś w innych okolicach są owszem wybitne nacieki, największe w oponach mostu i móżdżku, duże w płacie środkowym i skroniowym, mniejsze w calcarina. Zmiany nekrotyczne w naciekach i ich rozpad były obserwowane tylko w przypadkach VIII-m i X-m.

Oprócz powyższych zmian w oponach miękkich, wszystkie przypadki nasze wykazują bardzo wybitne *zmiany w korze mózgowej*, zarówno ze strony elementów parenchymatycznych, jak również ze strony tkanki glejowej i mezodermalnej. *zmiany w komórkach nerwowych* są we wszystkich przypadkach najrozmaitszego rodzaju (ostra, chroniczna, ciężka), we wszystkich przypadkach widoczne są cienie komórek nerwowych oraz luki, spowodowane przez ich wypadnię-

cie. Luki te we wszystkich przypadkach są najwyraźniejsze w III-ej i V-ej warstwie kory, a oprócz tego w przypadku I-m w płacie czołowym luki we wszystkich warstwach, w zwoju środkowym przednim luki w warstwach IV-j i VI-j, w przypadku II-im — w płacie skroniowym w warstwie II-j, a w przypadkach VIII-ym i X-m — w warstwie VI-ej. Luki pozostają często w wyraźnym związku z naczyniami kory, bynajmniej nie zawsze wykazującemi zmiany chorobowe ale również często związku tego stwierdzić się nie daje. Zasługuje na uwagę przypadek V-y ze względu na to, że w przypadku tym w subiculum wszystkie komórki nerwowe wykazują jednakowy rodzaj zmiany, który na pierwszy rzut oka wygląda na ostrą zmianę Nissla, dającą się jednak, przy bliższym rozpatrzeniu się w preparacie, z trudnością odróżnić od zmiany, opisywanej przez *Nissla* jako „Nervenzellenschwund", znajdowany przez *Rozentala* i *Jakoba* w przypadkach otępienia wczesnego.

W tkance glejowej stwierdzono również zmiany wyraźne, które przedstawiają się w sposób następujący: we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem III-go i VIII-go, bardzo wyraźne zmiany progresywne w postaci zwiększenia ilości komórek glejowych w I-ej warstwie kory, w której miejscami tworzą one kobierce glejowe, zaś w dolnych warstwach, poczynając od III-ej w dół, w postaci licznych satelitów komórek nerwowych, a także resztek ze skupień komórek glejowych na miejscu zniszczonych komórek nerwowych. Komórki glejowe są wszędzie duże, jasne i często widać w nich naokoło jądra większe lub mniejsze rąbki protoplazmy. Od powyżej przedstawionego obrazu odbiegają przypadki III-i VIII-y, z których w pierwszym widać w górnych warstwach regresywne zmiany gleju w postaci niewielkiej ilości komórek glejowych, zmniejszonej ich objętości i bardziej ciemnego ich zabarwienia, natomiast w dolnych warstwach ilość satelitów jest znacznie większa, niż w pozostałych przypadkach; w drugim przypadku (VIII) reakcja glejowa jest wogóle niewielka, a przypadek ten wykazuje dużą skłonność do rozpadu nacieków. Co się tyczy zachowania się astrocytów, to dane, jakie mamy do dyspozycji, są bardzo niekompletne, ponieważ metoda *Waigerta* zawiodła, co zresztą miewa miejsce w przypadkach zapalenia opon, jak podaje *Penfield*. W naszych przypadkach astrocyty włóknorodne widoczne były w istocie białej tylko w przypadku IV-m i VIII-m, amebowate przeistoczenie astrocytów w przypadkach IV, VI, VII i X, a w przypadku II-m ich rozpad. W I-ej warstwie kory bardzo rozrośnięte astrocyty spotkano tylko w przypadku VIII-ym, obecność ich w zwykłej postaci stwierdzono w przypadkach II-m, VI-m, VIII-m i X-m, gliozę brzeżną

w przypadkach II-m, VIII-m i X-m. Komórki Hortegi we wszystkich naszych przypadkach za wyjątkiem przypadku III-go, gdzie stwierdzono ich brak, wykazują znaczne wzmożenie swej ilości oraz przeistoczenie pałeczkowate jądra i protoplazmy (Stäbchenzellen), najwięcej ich spotyka się we wszystkich przypadkach w warstwie brzeżnej, w innych warstwach także są, ale nie przeważa już w nich kształt pałeczkowaty; przypadek VIII-y, w którym są duże nacieki i w samej tkance mózgowej, i w którym stwierdziliśmy dużą skłonność do rozpadu, komórek Hortegi jest mniej, niż w reszcie przypadków. Oprócz tego w przypadkach I-ym, II-im i VI-ym widoczne są bardziej gęste skupienia komórek Hortegi w warstwie brzeżnej kory, a w przypadku II-im w zwoju środkowym tylnym widoczne jest skupienie komórek Hortegi i limfocytów, przylegające ściśle do nacieków opony miękiej.

Naczynia kory naogół nie wykazują zmian zapalnych, szczególniej drobne naczynia kory są przeważnie wolne od nacieków, tylko w czterech przypadkach w niektórych okolicach stwierdzono niewielkie nacieki w naczyniach pierwszej warstwy kory, w przypadku VI-m parę nacieków w warstwie drobinowej móżdżka. W paru przypadkach stwierdzono bujanie śródbłonka naczyń kory. W jednym tylko przypadku (VIII-m) znaleziono spore *gruzełki* w tkance nerwowej kory, zajmujące trzy górne jej wartwy.

Zmiany zapalne często występowały na podstawie mózgu, w pniu mózgowym i ścianach komór bocznych i III-ej komory. Stwierdzono mianowicie nacieki zapalne w I-ym przypadku w łupinie w dużym naczyniu, w II-im przypadku w moście, w IX-ym przypadku w łupinie, w VI-ym w moście i rdzeniu przedłużonym. Najczęściej stwierdzone zostały w naszych przypadkach zmiany w ścianach komór mózgowych, mianowicie w przypadkach I-ym, II-im, VI-ym i IX-ym znaleziono nacieki w ścianie III-ej komory, w V-ym ependymitis granularis komory bocznej, w X-ym — ependymitis granularis komory III-ej. Co się tyczy pozostałych czterech przypadków, to w IV-ym znaleziono gliozę subependymalną, w III-im nie było wogóle żadnych nacieków w tkance nerwowej, w VII-m i VIII-m nie badano ścian komór, ponieważ nie było do dyspozycji skrawków z tych okolic; zresztą należy mieć na uwadze, że nie były robione serje, tak że nie znalezienie zmian nie może bezwzględnie przemawiać za ich nieobecnością.

W szeregu przypadków znaleziono w oponach przy ściankach naczyń skupienia różnokształtnych mas, barwiących się hematoksyliną na czarno, często zajmujących i warstwę mięśniową tętnic, a cza-

sem znajdujących się i w naczyniach kory. Są to zapewne substancje wapniowe.

Zmiany mikroskopowe, znalezione w naszych przypadkach, nagół są zgodne z temi, jakie były znajdywane przez różnych badaczy w przypadkach gruźliczego zapalenia opon, odbiegają jednak co do niektórych szczegółów od zapatrywań autorów, zresztą często sprzecznych. *Kirschbaum* odróżnia dwa rodzaje zmian przy zapaleniu gruźliczym opon: 1) rozlaną infiltrację ze skłonnością do nekrozy i łatwego przechodzenia na tkankę mózgową; 2) ograniczone ogniska z silną reakcją tkanki łącznej i włóknorodnego gleju; 3) formy mieszane. *Bertrand* pisze również o dwuch postaciach gruźlicy mózgowo-oponowej: 1) gruzełkowatej, która według niego jest o wiele częstsza; 2) bezgruzełkowatej, w której nacieki są o wiele więcej rozlane, ogniska zserowacenia są mniej rozległe, uderza przeciwstawienie między wydatnością reakcji histologicznej i małą ilością prątków, wskutek czego mobilizacja elementów interstycjalnych wydaje się przedewszystkiem zależną od toksyn. *Jakob* podaje, że gruźlicze zapalenie opon histologicznie wyraża się obok gruzełków w rozlanych zapalnych objawach szczególniej w naczyniach. *Flatau* odróżnia trzy postaci oddziaływania opon mózgowych na gruźlicę innych narządów: 1) postaci słabego przemijającego podrażnienia lub zapalenia opon mózgowych, przebiegające jako t. zw. zapalenie opon rzekome (meningismus), lub zapalenie surowicze (meningitis serosa) na tle gruźlicy; 2) zapalenia gruźlicze ogniskowe opon mózgowych (meningitis tuberculosa circumscripta, méningite tuberculeuse en plaques); 3) przewlekłe rozlane zapalenie opon (meningitis tuberculosa chronica diffusa). Wspomniani ostatnio badacze, jak również i szereg innych (*Laignel-Lavastine*, *Ranke* i inni) duże znaczenie przypisują obecności komórek olbrzymich i naciekom limfocytarnym, gruzełkom oraz nekrozie nacieków. W naszych przypadkach komórek olbrzymich w żadnym przypadku nie stwierdziliśmy gruzełków typowych w naciekach oponowych, nawet w tych przypadkach, w których przy badaniu sekcyjnem było rozpoznane gruźlicze zapalenie opon w przypadkach, IV-m, VI-m i VIII-m; meningitis tbc. rozpoznano w przypadkach VII-m, IX-m i X-m. Nacieki w naszych przypadkach składały się przeważnie jednak z limfocytów i makrofagów, którym to ostatnim tworom nadają tak ważne znaczenie rozpoznawcze dla gruźliczego zapalenia opon autorowie francuscy. Przypadki więc nasze, jeżeli przyjąć dla nich tło gruźlicze, należałyby do postaci bezgruzełkowej. Nie jest ta postać tak rzadka, gdyż w żadnym z przypadków *Ranke*'go nie doszło do rozwoju klasycznych gruzełków. *Laignal-Lavastine*, *Va-*

lence i Polaco, opisując niedawno przypadek gruźliczego zapalenia opon, który przebiegał bez gruzełków w oponach, twierdzą że ten brak gruzełków jest prawidłem w m. tbc. Rozpad nacieków (zserowacenie) stwierdzony został tylko w dwuch naszych przypadkach, w innych ich nie było. Nacieki w ścianach naczyń w naszych przypadkach były większe przeważnie w żyłach. Co do nich zapatrywania poszczególnych autorów są różne. *Armand-Delilles* widział żyły mniej dotknięte procesem zapalnym. *Kaup* odwrotnie stwierdził, że w przypadku przez niego opisanym żyły były więcej dotknięte tym procesem. Inni badacze jak *Ranke*, *Jakob* nie wypowiadają się w tej sprawie. W naszych wszystkich przypadkach stwierdziliśmy cienie komórek i luki występujące w III-ej i V-ej warstwach kory, a w paru przypadkach także i w innych warstwach. Już *Chantemesse* opisywał w przypadkach gruźliczego zapalenia opon dużą ilość lakun w korze, składających się ze zmienionych komórek nerwowych, wśród których widoczne były puste niezmienione naczynia włosowate. *Sittig* w opisanych przez siebie przypadkach m. tbc. znajdywał małe wyświetlenia w korze, w których stwierdził zmiany wsteczne komórek nerwowych (skurczenie i wypadnięcie) i zmiany wsteczne gleju (mało komórek, pyknoza jądra); twierdzi, że ogniska te różnią się pod wielu względami od typowych rozmiękczeń i są zależne od działania toksyn. Najważniejszą podstawą do przyjęcia tego poglądu, według *Sitttga*, jest to, że ogniska te odpowiadają w zupełności pierwszemu typowi (porażennemu) zmian, wywołanych u królików przez *Lotmara* przez dożylne injekcje toksyny czerwonkowej. Przypuszczenie to jest naszym zdaniem w zupełności do przyjęcia, bo w wielu razach związek tych luk z naczyniami jest widoczny, chociaż naczynia w tych miejscach nie wykazują zmian zapalnych, czasem widoczne w nich jest bujanie śródbłonka; brak naczyń w wielu wyświetleniach nie może służyć jako dowód przeciwko temu zapatrywaniu, bo może być spowodowany tylko tym, że naczynie może leżeć poza płaszczyzną przekroju. *Thomas* stwierdził również zmiany w komórkach nerwowych kory w ostrych zapaleniach opon, między innemi także i w gruźliczym. *Armand-Delilles*, *Jakob*, *Ranke* również piszą o zmianach w komórkach nerwowych w tym cierpieniu. — Co się tyczy komórek Hortegi, to cały szereg badaczy już oddawna podkreśla zwiększenie ich ilości w korze mózgowej w przypadkach m. tbc. *Armand-Delilles* mówi o zwiększeniu ilości „Spinnenzellen" w górnych warstwach kory. *Sittig* stwierdza komórki podłużne w korze, a na peryferji gruzełków komórki pałeczkowate. *Ramirez Corria* opisuje w głębszych warstwach kory stosunki normalne w zakresie

mikrogleju, a bliżej opony, oprócz zmian gruźlicznych tworzenie się komórek pałeczkowatych. *Jakob, Ranke, Kirschbaum* również piszą o komórkach pałeczkowatych w górnych warstwach kory.

We wszystkich naszych przypadkach, z wyjątkiem tylko przypadku III-go i VIII, jak to wyżej wspomniano, było bardzo duże wzmożenie ilości komórek Hortegi, które szczególniej w górnych warstwach są bardzo liczne i przyjmują tam kształt wydłużony, co jest widoczne nawet na preparatach Nissla. (Robiono w niektórych z tych przypadków preparaty metodą Hortegi, która nie dała jednak należytego rezultatu może dlatego, że robiono nie na materjale świeżym, a na leżącym przez dłuższy czas w formalinie). Wydłużony kształt komórek Hortegi w naszych przypadkach jest zgodny z zapatrywaniem *Creutzfelda* i *Metza*, który w m. tbc. znajdywali często krótkie bipolarne komórki Hortegi. Również i *Spielmeyer* stwierdził w m. tbc. komórki pałeczkowate. Oprócz tego w kilku przypadkach stwierdziliśmy skupienia komórek Hortegi w warstwie I-ej kory, a w jednym przypadku (II-i) skupienie komórek Hortegi i limfocytów, przylegające ściśle do nacieków opony miękiej. Podobne skupienia komórek Hortegi znaleźli *Creutzfeld* i *Metz* w przypadkach porażenia postępującego. Wreszcie co do reakcji tkanki otaczającej gruzełki w tkance mózgowej, o której pisze *Kirschbaum*, że może ona być dwojakiego rodzaju, mianowicie tworząc wał dokoła gruzełka z komórek glejowych, lub też nie tworząc tego wału, a wtedy podlegając nekrozie bez żadnej reakcji ze swej strony, to wśród naszych przypadków mieliśmy tylko jeden przypadek (VIII), gdzie tej reakcji nie widać, a widoczne jest szerzenie się procesu nekrotycznego na obwodzie ogniska zapalnego.

Z powyższego zestawienia wynika, że przypadki nasze mogą być złączone w jedną całość na zasadzie dwuch momentów. które stwierdzono w każdym z nich bez wyjątku. Momentami temi są: 1. ze strony przebiegu klinicznego zamroczenie, do którego w czterech przypadkach dołączył się mniej lub więcej wyraźny stan schizofreniczny paranoidalny lub katatoniczny, a w piątym zaznaczony, w jednym dołączyła się euforja z halucynacjami, w jednym — halucynacje; 2, ze strony zmian mikroskopowych: a) zgrubienie opon, w 8 przypadkach z wyraźnemi naciekami i w 2 z dużym rozrostem tkanki łącznej, b) luki w korze mózgowej w warstwach III-ej i V-ej, i c) zmiany w ścianach komór z 8 badanych przypadków znaleziono w siedmiu. Pozostałe zmiany w niektóryoh przypadkach były naciekami zapalnemi, w innych były tylko zmianami proliferacyjnemi ze strony gleju lub komórek Hortegi, najwyraźniej występującemi na

brzegu tkanki nerwowej w okolicach przylegających do opon lub też do ścian komór mózgowych, względnie w dwuch przypadkach przy dużych naczyniach w jądrach podstawy. Zatem obraz mikroskopowy w naszych przypadkach wykazuje rozmaite rodzaje i stopnie nasilenia zapalenia opon, które powstało we wszystkich przypadkach u osobników dotkniętych daleko posuniętą gruźlicą innych narządów. Czy to zapalenie opon było gruźliczem zapaleniem opon sensu stricto we wszystkich przypadkach, trudno rozstrzygnąć. Niewątpliwem zapaleniem opon gruźliczych jest przypadek VII-y, w którym w płynie mózgo-rdzeniowym znaleziono prątki, sześć przypadków łącznie z VII-m zostały przy sekcji rozpoznane jako m. tbc, jednak, ponieważ w nich jak również i w pozostałych czterech, nie stwierdzono prątków w tkance mózgowej rozpoznanie ich jako gruźliczego zapalenia opon nie jest w zupełności pewne, może być tylko mniej lub więcej prawdopodobne, i w ten sposób przypadki te są przez nas traktowane. Zaznaczyliśmy to w tytule niniejszej pracy, gdyż nie idzie nam o ścisłe rozpoznanie etjologiczne, ale przedewszystkiem o stwierdzenie, że *proces oponowy, powstały u osobników, dotkniętych daleko posuniętą gruźlicą, wywołuje z jednej strony zmiany anatomiczne w korze w postaci luk w III-ej i V-ej warstwie kory, a z drugiej strony klinicznie — częsty zespół schizofreniczny.*

W ostatnich paru dziesiątkach lat psychika chorych na gruźlicę zaczyna zwracać na siebie uwagę nie tylko psychjatrów, ale i internistów, mówi się o przeistoczeniu psychiki gruźlików, rozpatrując je w świetle związków toksyczno-psychicznych. *Köhler* pisze o upadku pod względem charakteru chorego na gruźlicę i ujmuje to jako fenomen toksyczno psychopatologiczny. *Everbusch* również mówi o przeistoczeniu psychiki pod wpływem długiego schorzenia gruźliczego przejawiające się jako zmiana charakteru i jako objawy nerwicowe, wykazujące pewne powinowactwo z objawami endogenno-nerwowej niedomogi. Autor uważa wystąpienie tych objawów za reakcję na przeżycie, lub za wyraz działania toksyn. *Tomanek*, rozpatrując różne typy psychiczne, które w odmienny sposób doznają przeobrażenia swego charakteru, konstatuje u nich szereg cech wspólnych, powstających przez działanie toksyczne prątka na psychikę za pośrednictwem układu nerwowego lub też za pośrednictwem gruczołów dokrewnych. *Ssucharewa i Ossipowa*, badając dzieci dotknięte gruźlicą, stwierdziły, że niema grup swoistych dla gruźlicy ani pod względem nozologicznym form chorobowych, ani też typów konstytucyjnych. natomiast istnieją charakterystyczne dla gruźlicy objawy psychopatologiczne. Zespół neurasteniczny jest najwięcej charakte-

rystyczny dła gruźlicy: wzmożona pobudliwość, wzmożona wyczerpywalność, chwiejność układu nerwowego. Zmiany neuropsychiczne, obserwowane przez te autorki u dzieci gruźliczych, przedstawiają rozmaite formy stanów neurotycznych, u podłoża których leży toksyczne działanie gruźlicy na układ nerwowy, a głównie na jego część wegetatywną. Obraz psychoneurotycznych zaburzeń przy gruźlicy nie przedstawia jednolitej grupy chorobowej, tylko reakcję na toksyczne działanie gruźlicy, różną zależnie od konstytucji danego osobnika. Każda reakcja składa się z szeregu czynników natury exo- i endogennej. Do momentów exogennych należałyby: ciężkość intoksykacji i okoliczności, przy których następuje kompensacja stanu chorobowego. Do momentów endogennych—obarczenie dziedziczne i typ konstytucyjny. Wielu autorów uważa nerwice za częste objawy, towarzyszące gruźlicy. *Muralt* znajduje nerwice w $^1/_3$, *Turban* w $^1/_2$, *Philippi* w $^2/_3$ wszystkich przypadków gruźlicy. U nas zajmowali się neurasteniczną postacią gruźlicy płuc *Chełmoński* a potym *Janowski.* Działanie procesu gruźliczego na układ wegetatywny zostało stwierdzone na drodze badania czynności układów roślinnych przez *Fliederbauma* za pomocą próby ortostatyczno-atropinowej, stosowanej w przypadkach gruźlicy o różnych stopniach nasilenia choroby i różnych stadjach jej rozwoju. Na zasadzie swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że toksyny gruźlicze wpływają niszcząco na ustrój między innemi przez stałe drażnienie nerwu współczulnego, a rola nerwu błędnego sprowadzałaby się do obrony ustroju przed zakażeniem. Wypowiada przytem pogląd, że t. zw. konstytucja gruźliczna i stany przedgruźlicze nie usposabiają do gruźlicy, lecz są wyrazem początkowych zmian, wywołanych przez pałeczkę Kocha. Ze strony anatomji patologicznej również mamy potwierdzenie poglądu o wpływie procesu gruźliczego na układ roślinny. *Michejew* i *Pawljutschenko,* badając histologicznie ośrodkowy układ nerwowy chorych na rozmaite schorzenia natury gruźliczej, stwierdzili rozlane zmiany w jądrach wegetatywnych, i przypuszczają, że w organizmie chorego na gruźlicę istnieją wogóle warunki, sprzyjające wnikaniu toksyn do ośrodkowego układu nerwowego i polegające prawdopodobnie na wzmożonej przepuszczalności barjery krwio-mózgowej. Autorowie ci wskazują na zmianę koncentracji jonów wapnia jako na jedną z przyczyn zwiększonej przepuszczalności ściany naczyniowej, i sądzą, że skomplikowanie wzajemnych stosunków pomiędzy układem wegetatywnym osobnika a zakażeniem wyjaśnia różnorodność objawów i ich zespołów w klinice gruźlicy. Przypuszczają wreszcie, że przepuszczalność barjery daje szereg ogólnych objawów nerwo-

wych, które są uznawane jako „Prätuberkulose", jeszcze zanim wystąpią swoiste dla gruźlicy zmiany w narządach.

Poglądy, dotyczące związku chorób psychicznych a szczególnie schizofrenji z gruźlicą, wykazują dużą rozbieżność. Większość badaczy ocenia rolę gruźlicy przy powstawaniu chorób psychicznych jako nieznaczną *(Kraepelin, Bleuler, Reichard, Weigand* i inni), i rozpatruje te stany psychopatyczne jako typ reakcji exogennej. *Liebermeister* twierdzi, że niema psychoz gruźliczych lub metagruźliczych. *Hanse* pisze, że schizofrenji nie można rozpatrywać, jako gruźliczotoksycznego uszkodzenia. *Magenau* przypisuje gruźlicy rolę patoplastyczną. *Schlapper* odrzuca związek choroby psychicznej z zakarzeniem gruźliczem; według niego konstytucja leptosomiczna bardzo częsta w schizofrenji ułatwia manifestowanie się gruźlicy. *Terajewicz* ocenia większe nasilenie gruźlicy w przypadkach schizofrenji jako skutek niehygienicznych warunków, w jakich ci chorzy pozostają wskutek warunków zewnętrznych i wskutek ich właściwości psychicznych. Inni badacze zajmują stanowisko pośrednie. *Bonasera* uważa, że gruźlica nie jest przyczyną chorób psychicznych, tylko psychoza może łatwiej rozwijać się u gruźlików, niż u osobników, nie dotkniętych gruźlicą. *Soutzo* i *Dimitresco* są zdania, że istnieje synergja działania pomiędzy biochemicznym procesem w komórkach, który działa w dementia praecox, a procesem toksycznym powodowanym przez bacillozę. Synergja ta zdaje się realizować z pewną predylekcją przeważnie w przypadkach dementia praecox, a rzadko w innych schorzeniach psychicznych organicznych. Proces gruźliczy i schizofreniczy według tych autorów zdaje się występować solidarnie i wzajemnie pomagać sobie w swym rozwoju. Metody statystyczne przy stosowaniu ich do zagadnienia związku schizofrenji z gruźlicą stwierdzają również pewną zależność między temi dwiema sprawami. *Ganter* podając statystykę śmiertelności w pruskich zakładach z powodu gruźlicy oblicza tę śmiertelność na 16,6%. Dementia praecox daje najwyższy procent zejść z powodu gruźlicy, wahając się od 45% do 67%, gdyż odsetek ten wynosi: dla epilepsji 8,6—27,1%, porażenia post. 6,3—18,3%, psych. starczej 8,3—12,0%. *Ganter* podaje, że podstawy tych wysokich odsetek szuka się w niehygjenicznych stosunkach starych zakładów, skupieniu chorych, ich apatji, braku czystości, niedostatecznem poruszaniu się wielu chorych. Zwraca jednak uwagę na to, że jest i inna okoliczność, leżąca w konstytucji, tworzącej wspólne podłoże dla otępienia wczesnego i dla gruźlicy (asteniczny typ Kretschmera, habitus phthisicus Stillera). *Luxenburger* obliczając ilość zejść z powodu gruźlicy u rodzeństwa schizo-

freników, chorych na psychozę manjakalno-depresyjną i przeciętnego zaludnienia, dochodzi do wniosków, że: 1) zdrowe psychiczne rodzeństwo schizofreników umiera cztery razy częściej na gruźlicę niż rodzeństwo tego samego wieku przeciętnego zaludnienia; 2) stosunki w psychozie manjakalno-depresyjnej są takie same, jak w przeciętnym zaludnieniu; 3) zmniejszona odporność rodzeństwa schizofreników jest momentem dziedziczno-konstytucjonalnym; 4) musi być przyjęta pozytywna korelacja pomiedzy usposobieniem do schizofrenji i dziedziczną słabościa tkanek, która prowadzi do obniżonej odporności przeciw gruźlicy. Niewielu jest natomiast badaczy, którzy nadają gruźlicy duże patogenne znaczenie przy chorobach psychicznych. *Juszczenko* uważa, że gruźlica ma znaczenie przy powstawaniu schizofrenji. *Hoffman* podaje, że gruźlica może być przyczyną psychoz, i to nie tylko schizofrenji, ale i psychozy manjakalno-depresyjnej i splątania. *Wolfer* twierdzi, że gruźlica wpływa na rozwój schizofrenji przez zatrucie narządów i zmniejszenie ich odporności. *Ciarla* nadaje gruźlicy duże znaczenie przy powstawaniu szeregu psychoz.

Nasze przypadki rzucają pewne światło na to zagadnienie stosunku gruźlicy do schizofrenji. Wszystkie nasze przypadki wykazywały zmiany oponowe i zaburzenia w architektonice kory w postaci luk w korze, najwięcej wyrażonych w warstwach III-ej i V-ej. Wszystkie nasze przypadki dotyczyły osobników dotkniętych daleko posuniętą gruźlicą. W czterech przypadkach = 40% mieliśmy mniej lub więcej wyraźny zespół schizofreniczny, który w zupełności odpowiada zmianom w korze, jakie bywały stwierdzane przez innych w przypadkach schizofrenji (*Josephy*) i jakie poza zmianami w oponach znaleźliśmy w naszych przypadkach. Zmiany histopatologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, znalezione w naszych przypadkach możnaby ocenić w ten sposób, że w oponach są one zależne od procesu chorobowego, rozgrywającego się w organizmie, t. j. od gruźlicy (nie wchodząc z powodu dostatecznych danych w sprecyzowanie ściślejsze, ich, mianowicie, czy to było gruźlicze zapalenie opon, czy tylko reakcja opon na toksyny gruźlicze obecne w organizmie). Co się tyczy kory, to zmiany tu znalezione w postaci schorzenia komórek nerwowych, częściowo ich zniszczenia, reakcji glejowej, reakcji komórek Hortegi, należy odnieść do czynników toksycznych, których obecność we wszystkich przypadkach jest niewątpliwa. Zmiany histopatologiczne w korze wskazują na niedomogę względnie uszkodzenie barjery ekto-mezodermalnej, zmiany glejowe i rozrost komórek Hortegi wskazywałyby na obronę organizmu przez wzmac-

nianie barjery uszkodzonej, nacieki byłyby dalej idącym aktem obrony ze strony organizmu na wyżej wspomniany czynnik toksyczny. Tak samo możnaby wytłumaczyć zmiany znajdywane w ścianach komór. Ten sam mechanizm powstania zmian histopatologicznych może być przyjęty i w schizofrenji, która według *Bleulera* i wielu innych jest wyrazem zatrucia organizmu. Badania *Sikorskiej* nad przemianą materji u schizofreników potwierdzają przypuszczenie o zatruciowej naturze tego cierpienia. *Monakow* i jego uczniowie duże znaczenie przy powstawaniu schizofrenji nadają schorzeniu barjery ektomezodermalnej, szczególniej splotu naczyniowego i ścian komór mózgowych, tłumacząc powstanie objawów katatonicznych w ten sposób, że w blizkości ściany III-ej komory leżą jądra podstawy, których uszkodzenie może dawać wspomniane objawy. W naszych przypadkach, jak to zostało podane wyżej, zmiany w ścianach komór często występowały (w 7 przypadkach = 70%). Rolą barjery przy schizofrenji zajmuje się również *Hauptmann* (eksperymentalnie) i podaje, że w 50% przepuszczalność jej jest przy schizofrenji zmniejszona. Jeżeli przyjąć za możliwy wyżej podany mechanizm powstawania schizofrenji, to teoretycznie można podstawić na miejsce obecnego w naszych przypadkach gruźliczego czynnika toksycznego każdy inny czynnik toksyczny, który zdolny byłby wywierać szkodliwy wpływ na komórki nerwowe. Tak .np. *Toporkow* uważa kiłę przodków za moment, wpływający na powstanie schizofrenji. Taki sam wpływ toksyczny na komórki nerwowe w mózgu przy niedomodze barjery mogą wywierać i produkty nieprawidłowej przemiany materji np. powstające w przewodzie pokarmowym. Już dawno podejrzewano histaminę o pewien udział przy powstawaniu schizofrenji. Można przypuścić możliwość istnienia całego szerego rozmaitych intoksykacji wewnątrz—i zewnątrzpochodnych, lub też ich kombinacji które mogą wpływać na powstawanie i rozwój schozofrenji. Gruźlica w postaci toksyn wytwarzanych przez prątki może być jednym z tych czynników, czyli część przypadków schizofrenji może być pochodzenia gruźliczego.

We wszystkich naszych przypadkach mieliśmy w III-ej i V-ej warstwie luki, które zawsze znajdywano w przypadkach schizofrenji. Nie we wszystkich jednak naszych przypadkach schizofrenja została stwierdzona. Z tego wynika, że samo wypadnięcie komórek w tych warstwach nie wystarcza, aby powstała schizofrenja, potrzebny tu jest widocznie jeszcze jakiś moment, którego obecnie bliżej nie znamy. Jest bardzo prawdopodobne, że moment ten leży w sferze stosunków dziedziczno-konstytucyjnych. W świetle tych wywodów tę bo-

gatą różnorodność objawów i zespołów, spotykanych w schizofrenji możnaby wytłumaczyć, zgodnie z *Monakowem* i *Mourgue'em*, miejscem, w którym barjera ekto-mezodermalna została przerwana, a kolejność następowania po sobie różnych stanów w poszczególnych przypadkach schizofrenji może być również lokalizacyjnie interpretowana. Ciekawy związek z tym zagadnieniem wykazuje nasz przypadek VI, który na rok przed wystąpieniem wyraźnego pod względem klinicznym zapalenia opon przebył trwającą 5 miesięcy psychozę, która była rozpoznana jako schizofrenja ze stanem paranoidalnym i lekkiem przyćmieniem świadomości. Przy badaniu mikroskopowem tego przypadku okazało się, że wszędzie w oponach były wyraźne mniej lub więcej rozwinięte nacieki zapalne z wyjątkiem tylko płatu czołowego, w którym stwierdzono tylko znaczne zgrubienie opony miękkiej, wskutek dużego rozrostu tkanki łącznej.

Można przypuścić, że ta pięciomiesięczna psychoza schizofreniczna istniejąca w tym przyp-dku na rok przed zejściem, była wywołana również zapaleniem gruźliczym opon, ale o charakterze ograniczonym, obejmującym tylko płat czołowy (meningitis circumscripta lub en plaques *Flateau* i *Chantemesse)*, a więc była psychozą objawową, zależną od zajęcia płatu czołowego. Naturalnie nie możemy lokalizować schizofrenji w płacie czołowym, bo cały szereg przypadków ze schorzeniem tego płatu zespołu schizofrenicznego nie wykazuje, ale może się nasunąć przypuszczenie, że płat czołowy pozostaje w jakimś bliższym związku ze schizofrenją. Przemawia zatem również nowsza literatura, stwierdzająca, że przy schorzeniach płatu czołowego następuje zwykle zmiana charakteru *(Feuchtwanger, I. Lhermitte* i innni).

Wyniki osiągnięte przy opracowaniu powyższych przypadków dają się ująć w następujące tezy:

1. Zapalenie opon u osobników gruźliczych zdarza się częściej, niż to bywa klinicznie rozpoznawane.

2. Może przebiegać pod postacią psychoz, trwających nieraz szereg miesięcy i nie dać objawów oponowych klinicznych.

3. Zamroczenie świadomości należy do najstalszych objawów tego cierpienia jednakże nasilenie tego zamroczenia bywa bardzo rozmaite, zarówno w ostrych, jak i w przewlekłych przypadkach.

4. W przypadkach przewlekłych niezmiernie często przejawia się pod postacią zespołu schizofrenicznego paranoidalnego, lub katatonicznego z domieszką zamroczenia świadomości.

5. Część przypadków schizofrenji może być gruźliczego pochodzenia.

OPIS TABLIC.

Tablica I. Fot. 1. Zwłóknienie opon w rdzeniu przedłużonym z przypadku I. Obj. 16 mm. Homal 1. Powiększenie 170. Fot. 2. Most. Skupienie komórek Hortegi z przypadku I. Powiększenie 315. Fot. 3. Płat czołowy z przypadku I. Zgrubienie opon, nacieki w oponach. Skupienie komórek Hortegi w I warstwie. Powiększenie 210.

Tablica II. Fot. 4. Putamen z przypadku I. Naciek w dużem naczyniu. Powiększenie 23. Fot. 5. Putamen z przypadku I. Skupienie komórek Hortegi przy naczyniu. Powiększenie 190. Fot. 6. Zwój środkowy tylny z przypadku II. Przejście nacieku z opon na korę. Powiększenie 190.

Tablica III. Fot. 7. Płat czołowy z przypadku II. Luki w III warstwie. Powiększenie 190. Fot. 8. Płat czołowy z przypadku II. Naciek w oponach i skupienie komórek Hortegi w I warstwie. Powiększenie 190. Fot. 9. Zwój środkowy tylny z przypadku III. Zgrubienie opon bez nacieków. Powiększenie 190.

Tablica IV. Fot. 10. Płat czołowy z przypadku IV. Zgrubienie opon bez nacieków. Powiększenie 190. Fot. II. Calcarina z przypadku IV. Nacieki w oponie miękiej. Powiększenie 190. Fot. 12. Róg Ammona z przypadku V. Zgrubienie ependymy rogu dolnego komory bocznej. Pow. 190.

Tablica V. Fot. 13. Móżdżek z przypadku VI. Nacieki w warstwie drobinowej. Powiększenie 190. Fot. 14. Płat skroniowy z przypadku VI. Nacieki w oponach. Powiększenie 190. Fot. 15. Ściana III komory z przypadku VI. Skupienie komórek Hortegi i poliblastów. Powiększenie 190.

Tablica VI. Fot. 16. Płat czołowy z przypadku VI. Zgrubienie opon bez nacieków. Powiększenie 190. Fot. 17. Płat skroniowy z przypadku VIII. Gruzełek w korze. Powiększenie 60. Fot. 18. Płat czołowy z przypadku VIII. Luki w III warstwie kory. Powiększenie 60. Fot. 19. Płat czołowy z przypadku IX. Nacieki w oponach. Powiększenie 190.

Tablica VII. Fot. 20. Płat skroniowy z przypadku X. Nacieki w oponach. Powiększenie 190. Fot. 21. Okolica skrzyżowania nerwów wzrokowych z przypadku X. Tkanka granulacyjna w naczyniu w oponie. Powiększenie 190. Fot. 22. Ściana komory bocznej z przypadku X. Ependymitis granularis. Powiększenie 190.

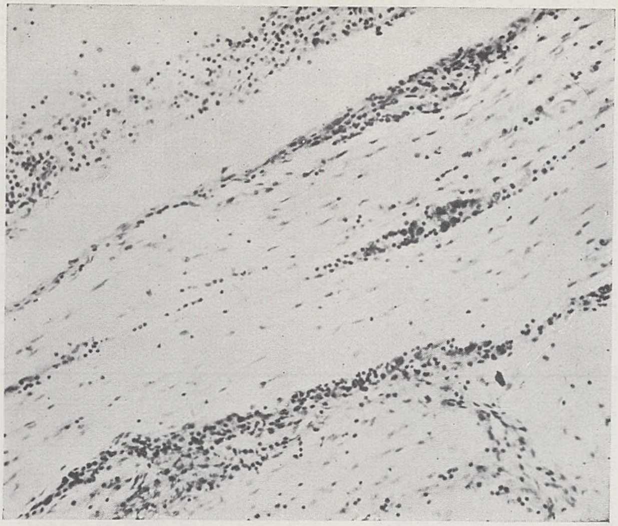
PIŚMIENNICTWO.

1) Armand-Delilles. Role des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux. Paris 1903, cytowana według Ranke. 2) Banuelos Garcia. Klinische und evolutive Formen der tuberculosen Meningitis. Progr. de la clin. 31.1925. Według referatu w Zentralblatt f. d. g. Neurol. u. Psych. 41.1925. 3) Bertrand. Les processus de desintegration nerveuse. Paris. Masson 1923. 4) Bleuler. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer. Berlin. 1923. 5) Bocchini. Casi atipici di meningite tubercolare nel lattante. Pediatria Riv. 36.1928. Ref. Ztrlbl. f. d. g. N. u. P. 51.1929. 6) Bonhoeffer. cytow. według Bumkego. 7) Bonasera. Tbc. i choroby psychiczne. Nowiny psychjatryczne. 1925. 8) Bumke. Lerhbuch der Geisteskrankcheiten. Bergman. 1923. 9) Bonnin. Sur un cas de me-

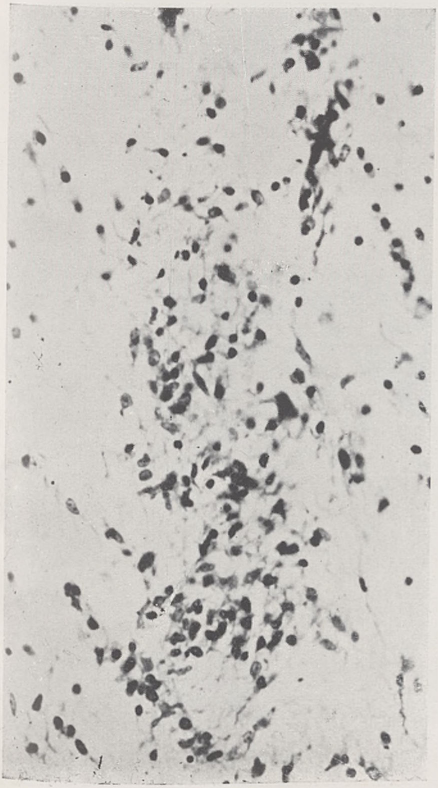
ningite tuberculesse ayant simulé une encéphalite épidémique. Gaz. des hop. civ. et milit. 100.1927, ref. Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych. 79.1928. 10) Bronowski. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 18.I.1927. 11) Chatemesse. Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulteles formes anormales en particulier. Thèse de Paris 1884 wdł. Ranke. 12) Ciarla. Psicosi protobacillari (da tossi-infezione tubercolare) Rivista di Patologia nervosa e montale. XXIX 1925. 13) Cruchet. cytow. według Oppenheima. 14) Creutzfeld i Metz. Ueber Gestalt nnd Tätigkeit der Hortegazellen bei patologischen Vorgängen. Zeischrift f. d. g. Neurol. u. Psych. 106.1926. 15) Curschman i Kramer. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1925. Springer. 16) Dąbrowski. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 19.I.1927. 17 (Erlichówna i Festensztat. O odrębnych postaciach zapalenia gruźliczego opon mózgowordzeniowych. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1928. N. 37. 18) Everbusch. Nervensystem u. Psyche bei tuberculösen. Tuberculose. 5.1925, rep. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 43.1929. 19) Feuchtwanger. Die Funktionen des Stirnhirns, ihre Patologie u. Psychologie. Berlin. Springer. 1923. 20) Flatau. O przewlekłem i rozlanem zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. Neurologja Polska. XI.1928. 21) Fliederbaum. Gruźlica płuc a układ nerwowy wegetacyjny. Kwartalnik kliniczny szpitala starozakonnych w Warszawie. V.1926 22) Flateau. cytowany według Flatau. 23) Ganter. Tuberkulose und Geisteskrankheit. Tuberculose. VI.1956, ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 54.1926, 24) Gluziński. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 18.I.1927. 22) Hauptman. Die verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schrenke bei Schizophrenie. Monatschr. f. Psch. u. Neurol. 68.1928. 26) Hoffman. Die Tuberkulose als Ursache geistiger Erkrankung. Arch. f. Psych. u. Neurol. 66.1922. 27) Hoffman. Beiträge zur Begründung der Tuberkulosepsychose. Arch. f. Psych. u. Neurol. 69.1923. 28) Hoffman. Zur Diagnose der Tuberkulosepsychose. Arch. f. Psych. u. Neurol. 69.1923. 28a) Hanse. Nervöse u. psychsche Störungen bei Tbc. Arch. f. Psych. u. Neur. 69.1923. 29) Jakob Anatomie u. Histologie des Grosshirns, t. I Deuticke. 1927. 30) Jakob. Anatomie u. Histologie des Grosshirns. t. II Deuticke. 1929. 31) Janowski. Rzekomo neurasteniczna postać gruźlicy płuc. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. CXXII.1928. 32) Josephy. Beiträge zur Histopathologie der Domentia praecox. Zeitschr. t. d. g. Neurol. u. Psych. 86.1923. 33) Kraepelin Psychiatrie. 34) Kleist, cytowany według Bumke. 35) Kirschbaum. Ueber die Tuberkulose des Zentralnervensystems. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 66.1921. 36) Kopczyński. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. 18.I.1927. 37) Kaup. Ueber Gefässtuberkulose der weichen Hirnhäute mit tödlichen intracerebraler Blutung. Frankfurt. Zeitschr. f. Patholog. 34.1926, ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 45.1926. 38) Köhlez. Das psychologische Problem der Lebensstimmung und des Seelenleben im Tuberkuloseschicksal. Die Tuberkulose. 7.1927. 39) Klarield. Die Anatomie der Psychosen. München. Bergman. 1924. 40) Lhermitte. Le lobe frontale. L'Encéphale 1929 z. 1. 41) Lotti. La méningite tubercolare a ripatizione. Policlinico 31.1924. 42) Lewy. Ueber Häufigkeit u. Heilbarkeit der tuberkulösen Meningitis. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 68.1928. 43) Laignel-Lavastine, Valence i Polaco. Méningite tuberculeuse de très longue durée. Bull. et mém. de la soc. med. des hopit. de Paris. 43.1927. 44) Lesage. Mêningite tubercul. de l'enfant. 1919. 45) Leiber, cytowany według Oppenheima. 46) Lotmar, cytowany według Sittiga. 47) Luxenburger. Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisters schaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnitts

bevölkerung. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 109.1927. 48) Mikułowski. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 17.I.1927. 49) Michalski. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 18.I.1927. 50) Mouriz. Atypischer Liquorbefund bei tuberkulöser Meningitis. Med. Ibera. 1928. ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 52.1929. 51) Muralt. cytow. według pracy Ssucharewa i Ossipowa. Ueber die psychopatologie der Tuberkulose bei Kindern. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 119.1929 52) Michejew i Pawljutschenko. Tuberkulose u. das vegetative Nervensystem. Archiv. f. Psych. u. Neurol. 84.1928. 53) Liebermeister. Tuberkulose u. Psychosen. Arch. f Psych. u. N. 70. 1923. 54) Monakow i Mourgue. Introduction biologique a l'etude de la neurologie et de la psychopathologie. Alcan. 1928. 55) Mahon' Recovery from tuberculous meningitis. Report of a case Americ. reviev. tubercul. 13. 1926. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 45.1627. 55a) Magenau. Die Tuberkulose u. die Gruppe der Schizophrenien. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 96.1925. 56) Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Karger, 57) Pelnar. Schwierigkeiten der Erkennung der Meningitistuberkulose, Časopis lékaru ceskich 66.1927. ref. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 46.1927. 58) Piery. cytow. według pracy Lotti. 59) Pagnier, Corby i Escalier. Méningite tuberculeuse ayant simulé une encéphalite avec amélioration temporaire considerable par la médication salacylée intraveineuse ref. Zentralbl. f. d. g. N. u. Psych. 42.1925. 60) Philippi. cytow. według pracy Ssuchar. i Ossipowej. 61) Rubenthaler. Méningo-encephalite tuberculeuse avec polynucleose neutrophile du liquide cephalo-rachidien. Paris méd. 15.1925. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 42.1925. 62) Rozental, cytowany według Jakoba. 63) Ranke. Beiträge zur Lehre von der Meningitis tuberculosa. Histologische u. histopathologische Arbeiten üb.r die Grosshirnrinde. Nissl. II Band. 64) Ramirez Corria. Réaction de la microglie dans la méningo-encéphalise tuberculeute. Cpt. rend. des sèances de la soc. de biolog. 96.1927. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. U. Psych 47.1927. 65) Reichardt cytow. przez Ssucharewą i Ossipową. 66) Stertz. cytow. według Bumkego. 67) Spanio. Latenza e guaribilità della tuberculosi delle meninhi e dell' encephalo. Contributo di osservazioni cliniche et anatomo-phistologiche. Gazz. d. osp. e. d. clin. 48.1928. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 48.1927. 68) Salvat Espasa. Ueber tuberkulöse Meningitis bei Kindern. Rev. méd. de Barcelona 5.1926. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 44.1926. 69) Spatz. Jahresbericht der psychiatrischen u. neurologicshen Klinik München. Anatomische Abteilung. Arch. f. Psych. u. Neurol. 80.1927. 70) Sittig. Ueber einen eigenartigen flächenhaft lokalisierten Destructiosprocesse der Hirnrinde bei einem Falle von Hirntuberkulose. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 33.1921. 71) Sittig Ueber herdförmige Destruktionprocesse im Grosshirn und Veränderungen im Kleihirn bei tuberkulöser Meningitis. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 23.1914. 72) Spielmeyer, cytow. według Sittiga. 73) Ssucharewa i Ossipowa. Ueber die Psychopthologie der Tuberkulose bei Kindern. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 119.1929. 74) Schlapper. Tuberkulose u Psyche. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 66.1927. ref. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 48 1927. 75) Soutzo i Dimitresco. Démence précoce et tuberculose. Annales médico-psychol. 1910. 76) Sikorska. Zaburzenia równowagi rozpyłkowej w surowicy schizofreników. Rocznik Psychjatryczny. Zeszyt V. 1927. 77) Thomas. Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aigues. Paris, 1903. 78) Tomanek Uwagi na temat psychiki chorych na gruźlicę płuc. Polska gazeta lekarska. 1929. 79) Turban cytow. według pracy Ssucharewej i Ossipowej. 80) Tokarski. Dyskusja nad odczytem Janowskiego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim 18.I. 1927. 81) Terajewicz. Badania nad gruźlicą w państwowym zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych

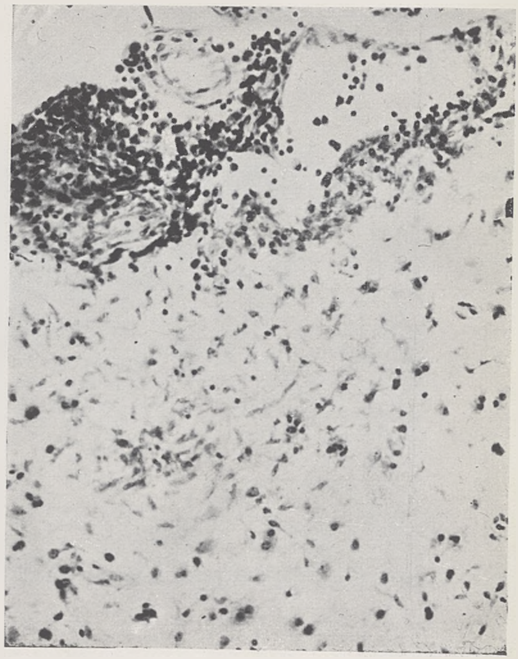
w Kobierzynie. Medycyna doświadczalna i społeczna. VII. 1927. 82) Wieg. Zur Klinik der M. tbc. Neurolog. Centralbl. 1904. według Oppenheima. 83) Weigand. cytow. według pracy Ssucharewej i Ossipowej. 84) Wolfer. Die Rolle der Tuberkulose in der Aetiologie der Dementia praecox. Arch. f. Psych. 69.1923. 85) Zylberlast—Zandowa. Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Warszawa. „Ars Medica". 1925.



Fot. 1.



Fot. 2.

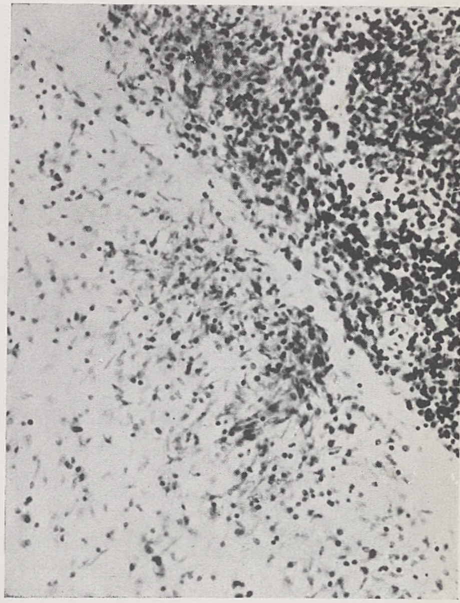


Fot. 3.

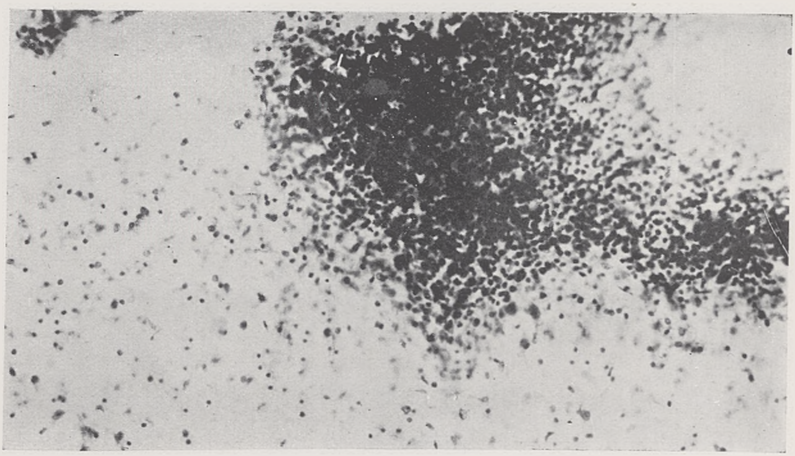
TABL. II.



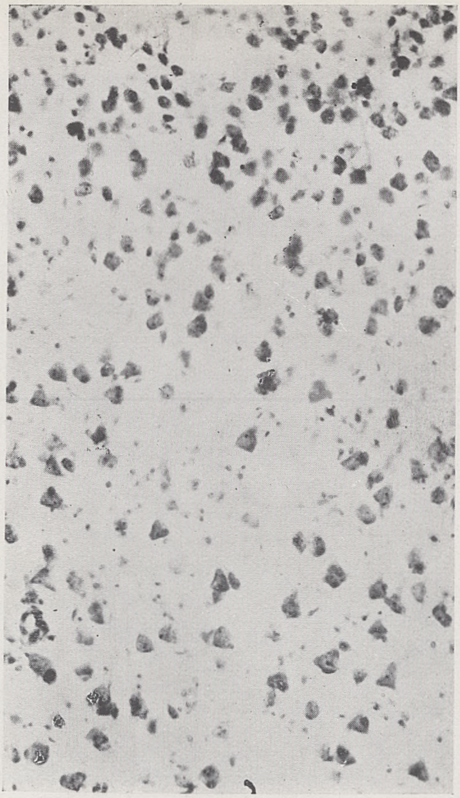
Fot. 4.



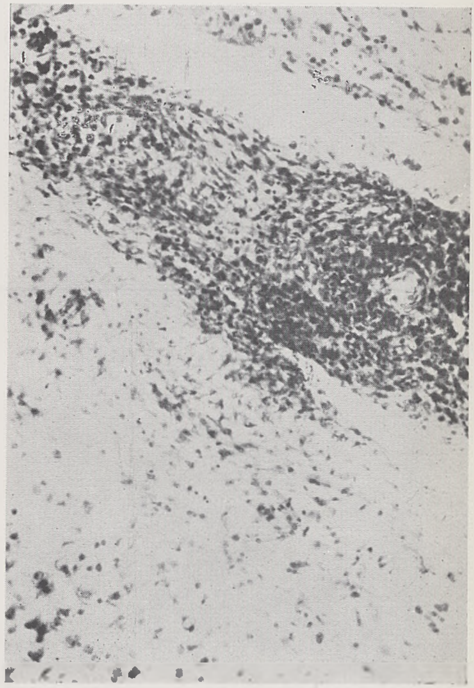
Fot. 5.



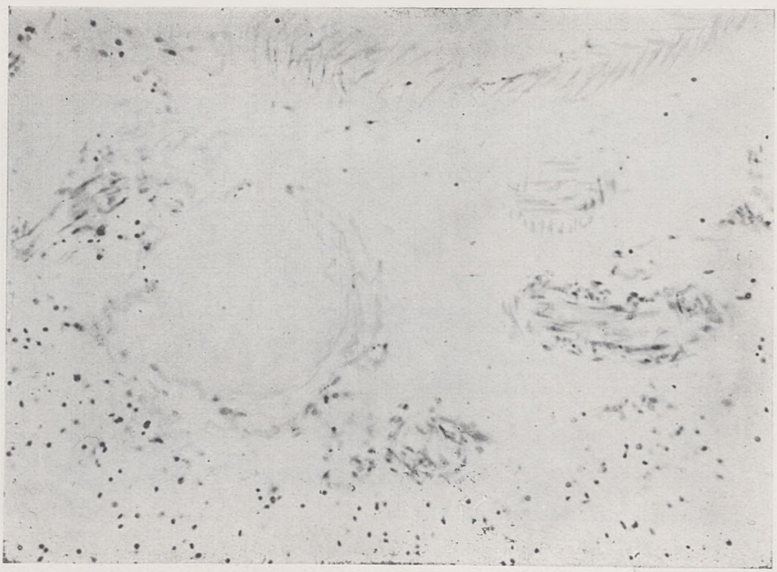
Fot. 6.



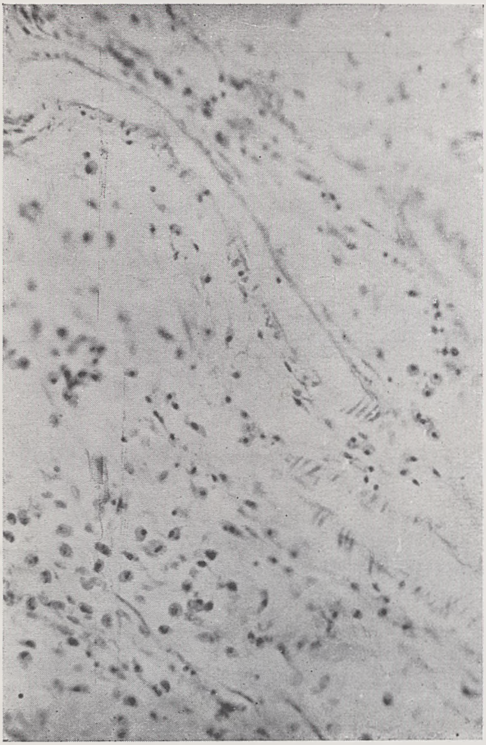
Fot. 7.



Fot. 8.



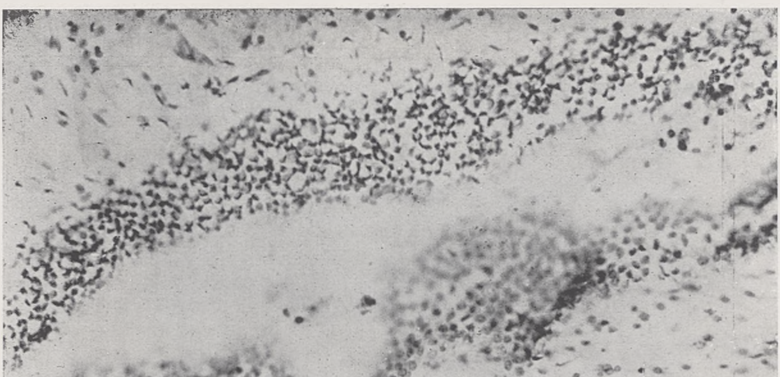
Fot. 9.



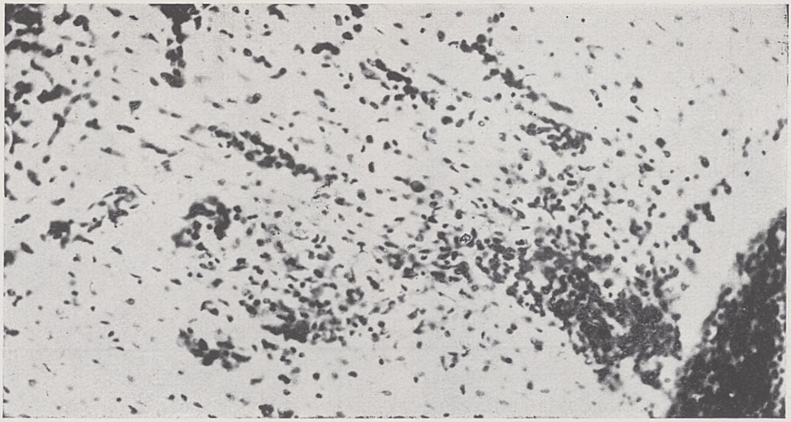
Fot. 10.



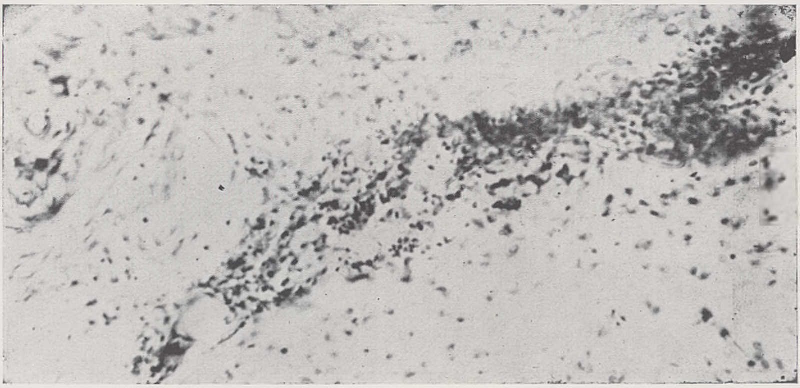
Fot. 11.



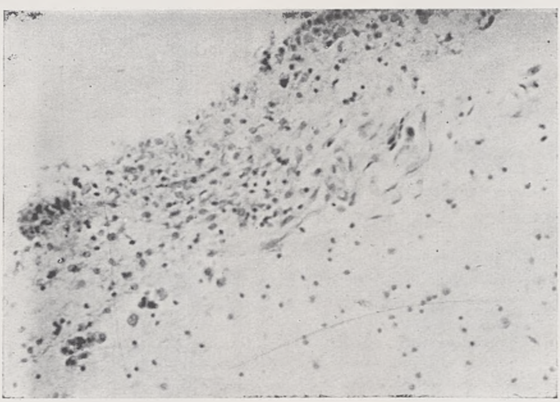
Fot. 12.



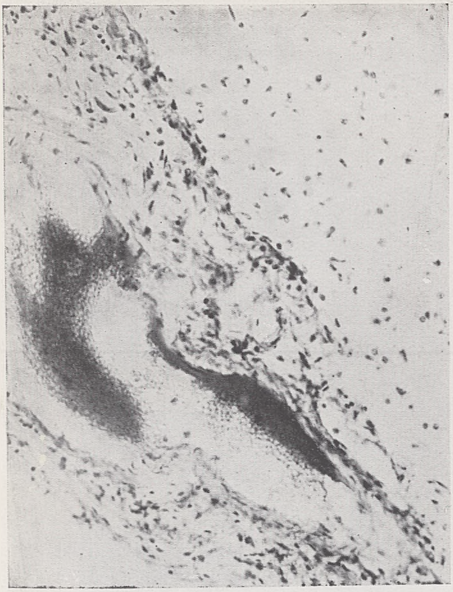
Fot. 13.



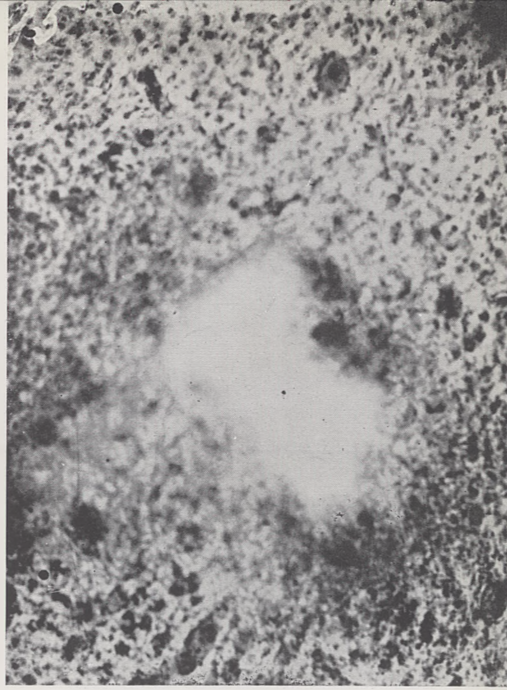
Fot. 14.



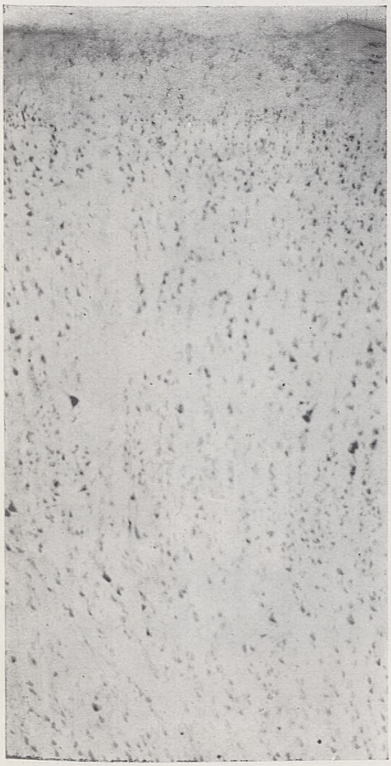
Fot. 15.



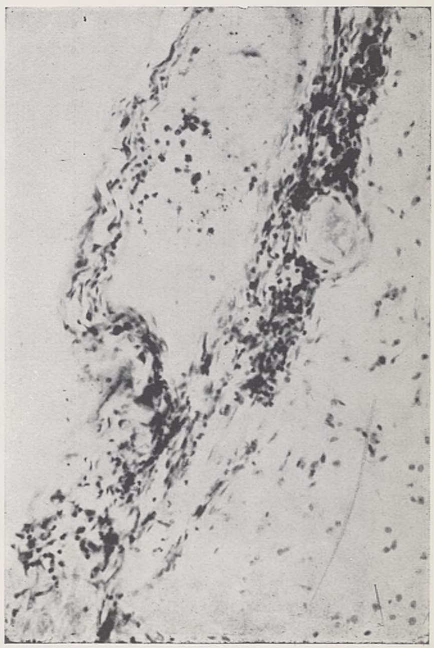
Fot. 16.



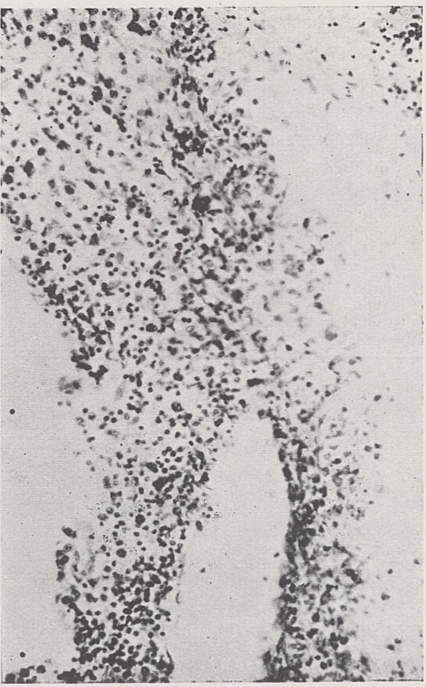
Fot. 17.



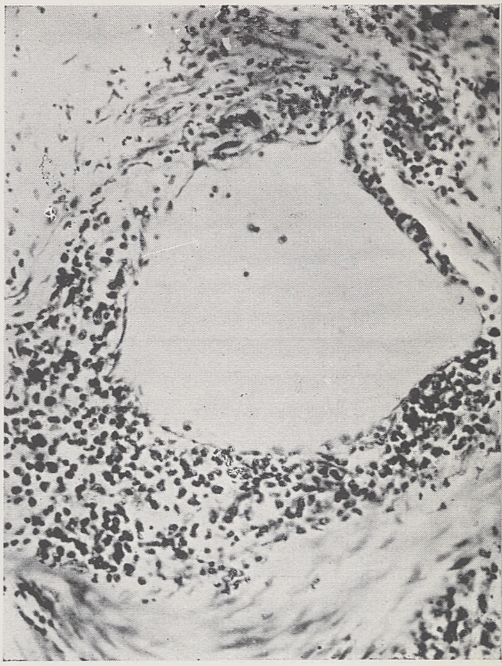
Fot. 18.



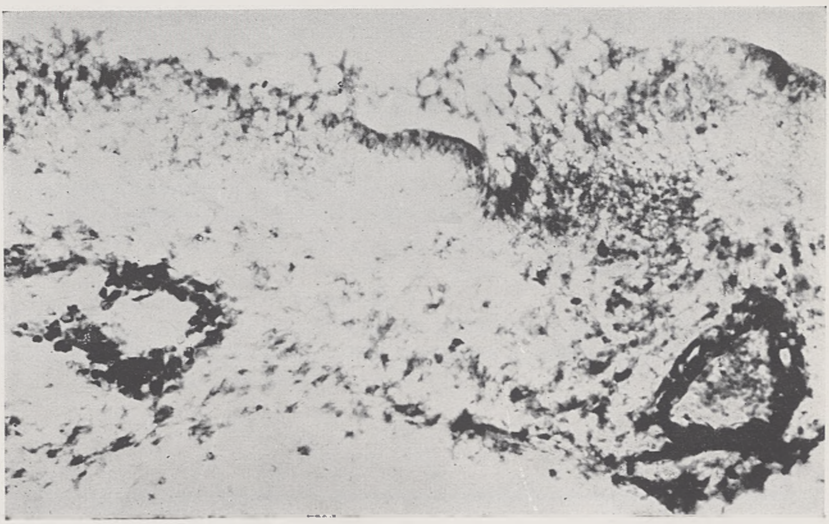
Fot. 19.



Fot. 20.



Fot. 21.



Fot. 22.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

Ś. † P.

TADEUSZ GEPNER

Dnia 17 czerwca 1929 zmarł w Warszawie ppłk. Dr. Tadeusz Gepner, w wieku lat 46. Ze śmiercią ś. p. Gepnera ubywa psychjatrji polskiej pracownik nader pożyteczny, który przez szereg lat od 1907 r. służył wiernie pod sztandarem psychjatrji aż do lat ostatnich, kiedy poświęcił się więcej pokrewnej neurologji, nie porzucając jednak zupełnie umiłowanej przez siebie psychjatrji.

Zasłużył się psychjatrji dobrze, albowiem wkrótce po skończeniu studjów uniwersyteckich w 1907 r. poszedł na służbę do zakładu dla psychicznie chorych w Kochanówce, gdzie pod kierunkiem ówczesnego dyrektora Zakładu, prof. Mazurkiewicza stawiał pierwsze kroki w opiece nad psychicznie chorymi. Po kilku latach przeszedł jako ordynator do szpitala w Tworkach, gdzie pracował aż do wybuchu wojny światowej, z przerwą kilkumiesięczną, którą poświęcił studjom specjalnym zagranicą, zwłaszcza w Monachjum u Kraepelina i Alzheimera. Po powrocie z wojny w 1918 r. został referentem psychjatrycznym w Min. Zdr. Publ. Pracując na tem stanowisku brał żywy udział w pierwszych zamierzeniach państwowych rozbudowy psychjatrji naszej oraz ogłosił parę prac (w Gazecie Lekarskiej 1919 r., w Pamiętniku I Zjazdu Psych. Polskich 1920 r.) w sprawie statystyki chorych w Polsce oraz o opiece pozazakładowej. W końcu 1919 r. wstąpił do W. P. został ordynatorem oddziału dla nerwowo chorych w szpitalu Ujazdowskim, a ostatnie parę lat aż do śmierci w Szpitalu im. Marsz. Piłsudskiego.

Ś. p. T. Gepnera cechował wybitny takt, sumienność, doskonały stosunek do podwładnych; w stosunku do chorych był zawsze pełen słodyczy, zjednywającej ich mu miłość.

Koledzy jeszcze na ławie szkolnej, a później w pracy zawodowej ze względu na bardzo cenne zalety charakteru ś. p. Gepnera wielce Go szanowali, cenili, i kochali.

J. H.

SEKCJA PSYCHJATRYCZNA

XIII ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W WILNIE 26/IX—29/IX 1929 R.

PORZĄDEK DZIENNY.

1-szy dzień Zjazdu 26/IX 1929 r.

Posiedzenie popołudniowe od 3—6 g. łącznie z Sekcją neurologiczną. (Audytorjum Klin. Neurol. U.S.B., ul. 3-go Maja 8).

Temat zasadniczy: „Psychopatja Konstytucjonalna".

1. F. i E. Minkowscy (Paryż) — Dziedziczność w psychjatrji.
2. Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa) — Życie afektywne psychopatów.
3. Dr. Wł. Sterling (Warszawa) — Postacie psychopatji.
4. Dr. Gawroński (Dziekanka)—Metody leczniczo-wychowawcze dla psychopatów.
5. Dr. Z. Rozenblumówna (Warszawa)—Dzieci psychopatyczne.
6. Dr. E. Wilczkowski (Warszawa) — Zagadnienie konstytucyjnych serologicznych grup krwi u psychopatów.
7. Dr. W. Łuniewski (Tworki)—Psychopatja ustrojowa w teorji i praktyce sądowo-psychjatrycznej.
8. Płk. Dr. J. Nelken (Warszawa) — Psychopatja w wojsku podczas wojny i w czasie pokoju.

2-gi dzień Zjazdu 27/IX.

Posiedzenie przedpołudniowe w sekcjach połączonych od $10^1/_2$—1 g. (Aud. Klin. Neur. U. S. B., ul. 3 Maja 8).

1. Doc. M. Rose (Warszawa) — Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej.
2. Dr. J. Hurynowiczówna (Wilno) — O chronaksji.

3. Prof. dr. Modrakowski S. i dr. Wilczkowski E. PH krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i wysięku po pryszczydłach w stanach sztucznej alkalozy i acydozy u czterech chorych psychicznie.
4. Prof. dr. Modrakowski S. i dr. Wilczkowski E. Przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej w stanach sztucznej alkalozy i acydozy u czterech chorych psychicznie.

Posiedzenie popołudniowe od 3—6-ej. (Klin. Psych. U. S. B., ul. Letnia 5).

Temat zasadniczy: „Budownictwo psychjatryczne".

1. Dyr. dr. A. Piotrowski (Dziekanka)—Nowoczesny zakład psychjatryczny.
2. Dyr. dr. W. Łuniewski (Tworki)—Najważniejsze zagadnienie dotyczące programu budowy zakładów psychjatrycznych w Polsce.
3. Dyr. dr. J. Bednarz (Kulparków). Szkic rozbudowy zakładów psychjatrycznych w Polsce w świetle liczb.
4. Prof. dr. R. Radziwiłłowicz (Wilno)—Projekt rozbudowy Kliniki Psychjatrycznej i Państw. Szpitala Psychjatrycznego w Wilnie.

3-ci dzień Zjazdu 28/IX.

Posiedzenie przedpołudniowe od $10^1/_2$—1 g. (w lokalu, który będzie później wyznaczony).

Odczyty luźne:

1. Dr. H. Zajączkowski (Dziekanka) — Bezsenność u psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance.
2. Dr. W. Drożdż i Dr. Morozowa (Lublin) — Badanie nad zawartością żelaza w korze mózgowej psychicznie chorych.
3. Dr. St. Świerczek (Dziekanka). Porażenie postępujące w Dziekance w okresie przed — i posalwarsanowym.
4. Dr. St. Świerczak (Dziekanka). Doświadczenia terapeutyczne w porażeniu postępującem w Dziekance.
5. Dr. H. Higier (Warszawa). W sprawie klasyfikacji niedorozwojów umysłowych.
6. Dr. J. Medem (Dziekanka). Badanie kontrolne nad symptomatologją płynu mózgowo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych chorobach luetycznych.

7. Dr. G. Bychowski (Warszawa). O projekcji.
8. Dr. Wł. Chłopicki (Kraków). Napadowe natręctwa myślowe w przebiegu parkinsonizmu po nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu.
9. Dr. J. Meissner (Kobierzyn). Braki intelektualne, a rysy przeciwspołeczne u psychopatów konstytucjonalnych.
10. Dr. Fr. Wilczyński (Dziekanka). Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ostatnich 10 latach.
11. Dr. J. Frąckowiak (Kraków). Psychopatja epileptoidalna i charakter epileptyczny.
12. Dr. St. Paszkowski (Kraków). Prawość charakteru u osób z psychozą maniakalno-depresyjną.
13. Dr. W. Gorzkowski (Dziekanka). Psychozy alkoholowe w Dziekance przed i po wojnie.
14. Dr. T. Łapiński (Warszawa). Przyczynek do działalności sekcji opieki pozazakładowej Warszawskiego Tow. Opieki nad psychicznie chorymi.
15. Dr. J. Podwiński (Wilno). Dziesięć lat działalności oddziału psychjatrycznego szpitala św. Jakóba w Wilnie.
16. Dr. J. Podwiński (Wilno). Geneza wykroczeń przeciwko etyce lekarskiej doby obecnej (szkic psychologiczny).
17. Dr. J. Podwiński (Wilno). Uzasadnienie koniecznej potrzeby ekspertyzy psychjatrycznej w sądzie.

Posiedzenie popołudniowe od 3—6 g. (w lokalu, który będzie później wyznaczony):

Walne zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Resumés Français.

S t e r l i n g. W. **Bases de classification des types cliniques des psychopathies constitutionelles.**

L'auteur après avoir briévement exposé des anciennes classifications des psychopathies organiques (*Koch, Ziehen, Morel, Magnan, Ferè. Janet, Bénon, Charpentier, Moebius, Kronfeld, Pelman, Gruhle, Kraepelin)*, procède à une étude detaillée de la classification psychopathologique et sociologique de *Schneider*, ainsi que de la classification caractérologique de *Kahn.* L'auteur fait un résumé des opinions de ces auteurs sur la psychopathie et s'arrête longuement sur l'épreuve caractérologique de *Kretschmer*, de *Heymans* et de *Wiersma, d'Ewald*, de *William Sterne*, Il éxpose la division de *Schneider*, modifiée par *Kahn*, qui englobe 16 formes de classification. En discutant sur la méthode de classification de *Kahn* il fait remarquer que celle-ci est faite au trois points de vue: 1) des impulsions, 2) du tempérament, 3) du caractère.

Enfin l'auteur rapporte, la classification de *Homburger* qui vient de paraître et qui est basée sur la constitution psychopathique. En terminant l'auteur discute sur les bases de classification de l'école de *Gurewicz.*

M-me R o z e n b l u m. S. **Le domaine des manifestations cliniques de la psychopathie des enfants.**

Dans la constitution du syndrome de psychopathie infantile prenent part non seulement les états hereditaires et acquis au cours des periodes de la première enfance, mais encore les facteurs subconscients ainsi que toute une série d'éléments exogènes. La psychopathie de l'enfance est caracterisée non pas par l'arrèt ou insuffisance de développement mais par la disproportion de la structure psychique. Les medecins s'interessent surtout aux troubles psychopathiques, vu les conflits qu'occasionnent des individus

qui en sont atteints avec la loi et la société ou bien par les anomalies manifestes qu'ils présentent par rapport à l'état normal. Les psychopathologues, les institueurs s'interessent principalement aut enfants „difficiles à mener". L'auteur fait une étude du développement psychique de l'enfant au point de vue biologique, analyse les traits psychiques des enfants au cours de la période prescolaire et scolaire ainsi que de la puberté. Elle discute le problème de la negligeance et déchéance de l'enfant, observées fréquemment au moment de la puberté et les tendances antisociales qu'il présente à cette période de sa vie. Puis M-me Rosenblum envisage l'influence de la psychopathie sur les divers eléments de la psychologie de l'enfant, Elle passe ensuite en revue les opinions de *Freud, d'Adler*, de *Kretschmer* pour s'arrêter sur les recherches de *Gurewicz* et de son école et sur les travaux de M-mes *Suchanoff*. L'auteurs donne une description du dispensaire d'hygiène intellectuelle en Amérique et des cliniques scolaires en Amérique et en Jougoslavie, de „Jugendamts" en Allemagne ainsi que des dispensaires ambulants en Angleterre Les organes ulterieurs de l'assistance des jeunes psychopathes devraient être constitués par des stations d'observation, dirigees par des médecins qualifiés, assistés par un personnel approprié.

Wilczkowski E. **Le problème des groupes sérologiques constitutionnelles du sang cher les psychopathes.**

L'auteur discute le problème du rapport entre la psychopathie et l'appartenance aux certainnes groupes du sang. Le problème de la constitution sérologique dans la psychiatrie a en son commencement 3—4 ans avant en rapport avec la detérmination de la constitutionnalité des groupes du sang. L'auteur cite des nombreux travaux, consacrés á l'examen des groupes du sang cher les aliénés et á la comparaison des résultats obtenus avec les normes, constatées pour la population. Jusqu'á present toutes ces ètudes n'ont pas données des résultats satisfaisants. L'auteur désigne aussi quelques travaux ou les examens sérologiques du sang sont presentés d'une autre point de vue: l'hérédité des maladies psychiques, leur parcours, leurs syndromes, enfin les temperaments.

Il n'y a pas d'ètude, consacrée exclusirement á la psychopathie. L'auteur cite les cas concernants la psychopathie de travaux de *Pilcz* (99 cas) et *Gundel* (217 cas). L'auteur donne aussi son materiel concernant 77 psychopathes. Les résultats de *Pilcz* et de *Gundel*, aussi bien que ceux de l'auteur ne donnent des écarts marquants par

comparaison avec les normes, néanmoins ces résultats nous démontrent une tendance á l'abaissement de la groupe *O* et á l'augmentation de la groupe *B*, eventuellement *AB*. Confirmant les résultats de *Gundel* l'auteur constate aussi l'augmentation de la groupe *B* chez les criminels.

L'auteur touche la question du rapport entre les certains syndromes et les groupes du sang, ainsi il rappele la possibilité des examens généalogiques de l'hérédité des proprietés psychiques et des groupes du sang.

L'auteur discute les voies, par lesquelles doivent ètre persuivis les problèmes de la constitution sérologique dans la psychopathie, notamment: 1) l'examen des groupes du sang cher le psychopathes pour obtenir des grands nombres, 2) l'examen du rapport d'un certain syndrome avec les groupes du sang et 3) les recherches généalogiques liés avec une analyse profonde clinique et psychologique.

Łuniewski. W. **De la valeur dę la psychopathie constitutionelle en psychiatrie légale. Considérations théoriques et pratiques.**

La personnalité psychopatique, qui diffère de la personnalité dite normale non pas qualitativement, mais uniquement par des déviations quantitatives, offre des difficultés toutes particulières lorsqu'il s'agit de la déterminer au point de vue de la psychiatrie légale.

Les définitions de la personnalité psychopathique fournies par *Schneider* et *Kahn* n'autorisent pas á conclure, que le caractère des troubles psychiques du psychopathe soit totalement correspondant aux conditions psychologiques de la non-responsabilité telle, que l'entend le legislateur. En principe le sujet psychopatiques peut être considéré comme un cas typique de cet état legal, que l'on désigne par le nom de responsabilité attenuée ou bien capacité pénale déviée, ainsi que le propose *Laignel-Lavastine.*

L'auteur partage les doutes de *Wilmannss* ur l'efficacité de l'introduction dans le code penal de la formule de responsabilité attenuée et pense, que cette question devrait être traitée conjointement avec la reforme du système pénitentiaire.

L'auteur rapporte 187 cas de psychopathie criminelle, observés á l'hôpital des aliénés Tworki pendant les 10 dernières années, en en divisant ces cas selon la classificatio de *Schneider* et *Birnbaum* Parmi ces 187 psychopathes constitutionnels il n'y avait que 43 que l'on a pu considerer comme totalement irresponsables; dans 84 cas il s'agissait de responsabilité plus ou moins limitée. Tous les autres

ont dûs être reconnus comme responsables Vu l'absence d'indications plus préciés sur lesquelles pouvrait se baser l'opinion du médecin légiste dans les cas de psychopathie criminelle, il faut que celui-ci pour bien remplir sa tâche possède une grande expérience psychiatrique ainsi q'une profonde connaissance de la psychologie humaine.

L.auteur indique le besoin de la création en Pologne d'un institut pour des recherches d'antropologie criminelle liées á l'étude de la psychopatologie du criminel.

Nelken J. **Psychopathie dans l'armée pendant la guerre et pendant la paix.**

L'auteur rappelle ses travaux précedents à ce sujet: „Les problèmes de la psychiatrie militaire, liés avec l'hospitalisation psychiatrique (1920) „L'alcool et la criminalité dans l'armée pendant la guerre (1921) "La pathologie criminelle de l'épilepsie" ainsi que „Le recueil des certificats médico — légales". L'auteur étudie les troubles psychiques observés ches les population civile au cours de la guerre ainsi que les statistiques militaires concernant les psychoses de guerre. Toute la psychiatrie de guerre se divise en deux parties: la prèmiere, très vaste, englobe les troubles psychopathiques la deuxième, très peu volumineuse, comprend tout ce qui reste de la psychiatrie. L'auteur passe rapidement en revue les diverses maladies psychiques, observées pendant la guerre, en insistant spécialement sur les psychoses psychogénes et celles qui naissent pas suite de l'épuisement au cours de la guerre — L'auteur insiste partout sur le rôle de la psychopathie pendant la guerre—Dans la deuxiême partie de son travait, l'auteur envisage le rôle de la psychopathie ou cours de la guerre, mis en évidence par l'experience médico-légale, en insistant particulierement sur l'importance que présente à ce sujet a coté de la psychopathie l'alcool, l'épileptoïde et les réactions neurasthéniques.—Enfin dans la troisième partie de son travail, l'auteur présente des tables qui démontrent les cas observés par lui au cours de la période de 1919 — 1928. La psychopathie qui vient en troisiëme lieu après l'arrêt de développement et la schizophrenie se place dans les cas qui relevent de la medicine légale au premier rang—L'auteur en se basant sur ses observations, nie l'existence des psychoses de guerre, tout en affirmant, que ce qui est caracteristique pour la guerre c'est le développement de la psychopathie franche et latente. Pour lui, il est indispensable d'éliminer de l'armée les individus, atteints de psychopathie, Celle-ci contribue largement au développement de la statistique criminelle de l'armée.

Łuniewski, W. Les questions les plus importantes, concernant le programme de la construction d'etablissement psychiatrique en Pologne.

Il'y a en Pologne envirous 20.000 malades, non placés necessitants des soins psychiatriques.

Il faut que le plan de la repartition et de la construction du nombre necessaire d'etablissements, qui doivent à bref delai être créés en Pologne pour satisfair aux besoins de la population soit adapté au plan plus large de l'ensemble des questions d'assistance en Pologne.

Vu les resultats des experiences des dernieres, années, demontrant le rôle important de la méthode du traitement libre (en dehors des établissements) nous devons tendre à ce que les établissements à naître deviennent les centres d'organisation de l'assistance hors d'asile.

Partisan du type d'assistance, dit regional, l'auteur souhaite, que ce soient les établissements départamentaux (Wojewodie) communaux, qui deviennent les foyers de développement de l'assistance familiale.

Un établissement départamental doit pouvoir placer 600 à 800 malades.

L'auteur discute plus largement le progrnmme d'un établissement psychiatrique départamental, dans lequel il chercherait, pour des raisons économiques et administratives, à placer touts les sections de l'établissement dans 11 bâtiments.

La discussion du programme de la construction des établissements psychiatriques devrait être liée à l'analyse critique des projets concrêts proposés pour *Gostyntn*, *Chełm* et *Choroszcza* qui vont être préséntès.

Professeur Radziwiłłowicz R. Le project de construction de l'Hôpital psychiatrique de l'Etat et de Clinique Psychiatrique á Vilna.

L'auteur envisage les avantages qui résulteraient de la fusion de la clinique psychiatrique de l'Université avec l'hôpital psychiatrique de l'Etat.

La clinique possède 50 lits, tandis que l'Hôpital à 120 — 150 lits. Puis l'auteur expose le procedé, permettant d'augmenter la capacité de ces deux établissements.

W i c h e r t, Fr. Les syndromes psychosiques en rélation avec la mèningite chronique d'origine probablement tuberculeuse.

L'auteur rapporte dix cas détaillés, avec examen nécropsique et histologique, de sujets décédés dans les cliniques psychiatrique et neurologique de l'Université à Varsovie à la suite de tuberculose grave des différents organes (tuberculose miliaire des poumons dans 7 cas, ulcères tuberculeux des intestins dans 6 cas, des cavernes aux poumons dans un cas, et enfin une tuberculose active des vertèbres).

Les troubles psychiques ont prédominé dans 5 cas, on n'a pu constater cher ces malades aucun symptôme méningitique, plus ou moins étendu, apparaissant soit dès le debut de la maladie, soit dans quelques derniers jours avant le décès; l'étiologie sûre de ces méningites ne fut éclairée par l'examen bactériologique du liquide cérebro-spinal qu'une seule fois. L'obnubilation, au différent dégrès augmentant au cours d'observation, était à démontrer dans tous les cas sans exceptions, parfois sous la forme d'une simple somnolence, parfois avec des traits délirants plus on moins prononcés (jusqu'au tableau du délire aigü dans 2 cas). Un cas se distinguait des autres par son euphorie, une autre malade par les idées de persécution de la part de son mari. Dans trois cas on a pu observer un syndrome schizophrénique de persécution plus ou moin prononscé (dans un de ces cas on a fait même le diagnostic de schizophénie paranoide). Enfin chez une malade, avec le diagnostic de schizophrénie catatonique, on a observé durant plusieurs mois un état de stupeur avec mutisme, négativisme, stéréotypie d'attitudes, réfus des aliments, parfois fléxibilité céreuse etc; la fiévre y fut attribuée à la tuberculose pulmonaire, puisque rien n'a pressé à faire une ponction lombaire. La durée de maladie dans les 4 derniers cas variait de 4 semaines, jusqu'á 5, 7 et même 10 mois; dans les antres cas — de 6 jours jusq'á 5 semaines.

L'autopsie n'a constaté la méningite tuberculeuse que dans 6 cas, l'épaisissement des méninges basales fut constaté dans le 7-e cas, l'hydrocéphalie dans deux cas, et enfin dans le dernier cas on n'a trouvé aucune altération des méninges.

L'examen histologique a révelé, au contraire, les altérations des méninges dans tous les cas. Elles consistaient toutes dans l'épaisiement des méninges, mais celui-ci dans deux cas est du surtout à une forte prolifération fibrineuse (avec peu d'infiltration), tandis que dans 8 d'autres cas. au contraire, plutôt a une infiltration surtout lymphocytaire, aves peu de cellules macrophages et plasmatiques.

Les altérations des parois des ventricules (latéraux et III-e), des 8 cas, oú elle sont été examinées, furent constatées dans 7. L'écorce cérébrale fut lésée aussi dans tous les cas (toutes les formes des altérations des cellules nerveuses, lacunes, qui sont particuliérement fréquentes dans la III-e et V-e couches de l'écorce, les altérations proliferative et régressnives de la névroglie). La plupart des vaisseaux n'est pas alterée, mais dans quelques-uns on aperçoit la prolifération des cellules endothéliales et parfois une mince infiltration.

De ses récherches histogiques et de leurs rélation avec la symptomatologie clinique et les données de l'autopsie, l'auteur conclut: 1-o qu'il faut considerer tous les cas examinés comme méningites d'origine probablement tuberculeuse. L'examen histologique révéle l'existence de cette méningite chez tuberculeux parfois dans les cas, où il n'y avait lieu à la soupçonner ni durant leur vie, ni même pendant la nécropsie. 2-o Elle peut parcourir sous une forme psychosique, qui peut durer plusieurs mois et ne donner aucuns symptômes méningitiques. si la ponction lombaire n'était pas faite. 3-o parmi les troubles psychiques l'obnubilaten de la conscience, à different dégrés y est un symptôme le plus essentiel et le plus commun, 4-o La méningite chronique d'origine probablement tuberculeuse (dans les 5 cas examinés l'auteur n'avait pas à admetre une autre étiologie) se manifeste extremment souvent par un syndrome schizophrénique paranoïaque ou catatonique, avec une obnubilation de différent dégrés. Si l'on considere en outre la fréquence dans ces cas des lesions d'épendyme on du tissu sous-épendymaire des ventricules (latéraux et III-e), il faut réconnaître, que ces resultats s'aecordent bien avec l'hypothése de *Monakow* et *Mourque* d'aprés laquelle la barrière ecto-mésodermique joue un rôle d'une grande importance dans le processus schizophrénique (la perméabilite de la barrière peut éclairer l'existence des lésions à l'écorce, et particuliérement de sa III et V couches). Les modifications de la névroglie et la prolifération des cellules de *Hortega* paraîssent être dans les cas examinés les signes de cette activité du mécanisme de protection et de défense, dont parlent *Monakow* et *Mourque*. Il paraît donc être probable, qu'une certaine partie des cas schizopréniques est d'origine tuberculeuse.

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W XI-ym ZESZYCIE.

RESUMÉS FRANÇAIS.